

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'OREILLE
ET EN PARTICULIER DU VERTIGE AURICULAIRE
PAR LA RACHICENTÈSE (1)

Par J. BABINSKI.

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

On pourrait avoir quelque peine à concevoir de prime abord que la ponction lombaire soit capable d'exercer une influence sur les troubles auriculaires et être ainsi tenté de repousser *a priori* ce mode de traitement ; aussi n'est-il pas sans intérêt, je pense, de faire connaître les raisons qui m'ont conduit à l'essayer.

Pour bien faire comprendre la suite de mes idées je dois rappeler d'abord certaines notions de physiologie. Lorsqu'on applique les électrodes d'un appareil voltaïque aux tempes ou aux apophyses mastoïdes, une de chaque côté, et que l'on fait passer un courant électrique de quelques milliampères, on provoque, à l'état normal, entre autres phénomènes, une sensation de vertige, des nausées, du nystagmus et une inclination latérale de la tête du côté du pôle positif ; de plus, j'ai montré

(1) J'ai déjà publié sur ce sujet deux notes : a) De l'influence de la ponction lombaire sur le vertige voltaïque et sur certains troubles auriculaires (Soc. méd. des hôp., 7 nov. 1902) ; b) Du traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire (Soc. méd. des hôp., 24 avril 1903).

Depuis ma dernière communication, j'ai recueilli beaucoup de faits nouveaux, j'ai pu suivre quelques malades pendant un grand laps de temps et je suis ainsi en mesure de donner une idée plus précise qu'auparavant de l'influence de la rachicentèse sur les troubles auriculaires.

qu'en plaçant les électrodes dans une position particulière ⁽¹⁾ on détermine une rotation de la tête qui a lieu aussi du côté du pôle positif ; on désigne l'ensemble de ces troubles sous la dénomination de « vertige voltaïque ». Quel en est le mécanisme ? Jusque dans ces derniers temps les physiologistes n'étaient pas d'accord à cet égard. Les uns, et c'était, il est vrai, le plus grand nombre, pensaient que le vertige voltaïque était une perturbation réflexe ayant pour point de départ une excitation électrique de la partie vestibulaire du labyrinthe, les autres étaient d'avis qu'il dépendait d'une irritation directe des centres nerveux produite par le passage du courant à travers l'encéphale. Pour résoudre la question en litige j'avais entrepris, il y a quelques années, des recherches qui m'ont amené à constater que les affections des oreilles modifient notablement le vertige voltaïque ⁽²⁾ ; j'ai vu, comme cela avait été, du reste, déjà noté par Ewald et Pollak, que dans les lésions bilatérales la résistance au vertige voltaïque était souvent augmentée, c'est-à-dire que la production de ce vertige nécessitait un courant d'une intensité plus grande qu'à l'état normal, et que, dans certains cas, ce vertige faisait défaut, même avec un courant très intense ; de plus, j'ai observé ce fait nouveau, que dans les lésions unilatérales l'inclination prédomine ordinairement du côté malade ou même ne s'opère que de ce côté, quel que soit le sens du courant, et qu'habituellement aussi la rotation n'a lieu que d'un côté. Ayant reconnu, dans le cours de mes recherches, que dans la surdité causée par l'hystérie le vertige voltaïque ne subit aucun changement, j'ai cru pouvoir déduire de mes observations que les modifications sus-indiquées constituent des signes précieux au point de vue du diagnostic différentiel de la surdité hystérique et de la surdité labyrinthique, qui, autrement, ne peuvent être distinguées par aucun caractère objectif ⁽³⁾. En même temps, j'ai contribué

(1) Sur les mouvements d'inclination et de rotation de la tête dans le vertige voltaïque (Soc. de biologie, 25 avril 1903).

(2) De l'influence des lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque (Société de biologie, 26 janvier 1901).

(3) Sur la valeur séméiologique des perturbations dans le vertige voltaïque (Soc. de neurologie, 15 mai 1902).

à établir que le vertige voltaïque est bien dû à une excitation du labyrinthe.

D'autre part, des examens méthodiques pratiqués avant et après la ponction sur des malades d'ailleurs nullement atteints d'affections auriculaires, et que je soumettais à la rachicentèse dans un but thérapeutique ou en vue du diagnostic cytologique, m'ont permis de constater que la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien diminuait généralement la résistance au vertige voltaïque.

De cette série d'observations s'est dégagé le syllogisme suivant : a) le vertige voltaïque a pour origine l'excitation du labyrinthe ; b) la rachicentèse agit sur le vertige voltaïque ; c) donc la rachicentèse agit sur le labyrinthe.

Cette action, d'ailleurs, n'est pas inexplicable, quand on considère que la pression du liquide labyrinthique doit être subordonnée, en partie, à celle du liquide céphalo-rachidien.

Dès lors, il était tout naturel de se demander si la ponction lombaire était capable d'exercer une action favorable sur des troubles ayant le labyrinthe pour siège, et de faire des tentatives de thérapeutique à l'aide de ce moyen. Je m'y suis cru d'autant plus autorisé que les méthodes classiques employées contre les troubles en question sont généralement inefficaces ou peu efficaces, que, d'autre part, la rachicentèse est une opération nullement dangereuse qui n'a jamais, que je sache, provoqué l'apparition de bourdonnements, de vertiges ou de surdités et que, par conséquent, il y avait déjà lieu de croire *a priori* qu'elle serait au moins inoffensive chez les malades que je me proposais de traiter. Néanmoins, pour plus de sécurité, j'ai procédé avec beaucoup de prudence, ne retirant, au début, que très peu de liquide, soumettant les malades au repos complet après l'opération ; je ne me suis enhardi que petit à petit, quand je me suis convaincu de l'innocuité de mes interventions.

J'ai peu de chose à dire du manuel opératoire ; j'ai opéré comme on le fait d'habitude ; je me contenterai de noter que tous mes malades étaient assis pendant l'opération. Au début, je ne retirais que 4 ou 5 centimètres cubes de liquide ; actuellement, j'en retire généralement 15 ou 20. Je recommande aux

malades de s'abstenir, pendant plusieurs jours, de fatigue, quelles que soient les suites de la ponction, et de se coucher, la tête dans la position horizontale, s'ils éprouvent de la céphalalgie ou des nausées.

Chez un grand nombre de mes malades une seule ponction a été pratiquée, mais il en est plusieurs qui en ont subi deux, trois et même davantage, à des intervalles plus ou moins longs.

Les résultats que je vais relater se rapportent exclusivement aux observations qui ont été recueillies dans mon service à la Pitié; tous les malades qui en font le sujet ont été examinés et suivis au point de vue local par mon ami, le Dr G.-A. Weill, qui s'occupe spécialement d'otologie et que je ne saurais trop remercier pour son importante collaboration ⁽¹⁾, ils sont au nombre de cent six.

J'ai déjà dit que la rachicentèse est une opération inoffensive; les malades atteints d'affections des oreilles peuvent éprouver, comme les autres sujets, pendant une période qui dépasse rarement huit jours, des douleurs de tête et des nausées; ils peuvent même se plaindre, au début, exceptionnellement d'ailleurs, d'être plus gênés qu'auparavant par leurs troubles auriculaires, mais ces phénomènes sont toujours transitoires. Il est même à remarquer qu'ils sont plus rares chez les auriculaires que chez les sujets dont les oreilles sont normales, que chez beaucoup de ces malades ils font complètement défaut et j'ajoute que l'absence de toute réaction pénible, après la ponction, coïncide généralement avec l'absence de toute action thérapeutique.

Ce sur quoi je ne saurais trop insister c'est que non seulement la ponction rachidienne n'a jamais produit d'accidents généraux, mais qu'elle n'a semblé, dans aucun cas, aggraver l'état local. En la pratiquant, on ne risque donc pas d'enfreindre le précepte médical fondamental *primo non nocere*.

On a vu qu'en l'absence d'affections auriculaires la rachi-

(1) Je ne dois pas oublier non plus le concours d'un jeune auriste, M. Lumineau, qui m'a secondé dans mon travail. On trouvera dans sa thèse inaugurale les observations détaillées de la plupart de nos malades.

centèse diminue la résistance au vertige voltaïque ; il en a été de même chez un certain nombre de mes malades ; quelques-uns, pourtant, ceux, sans doute, dont la partie vestibulaire du labyrinthe était profondément altérée, n'ont pas présenté ce caractère ; la résistance, après la ponction n'a subi, chez eux, aucune modification. Mais, d'autre part, j'ai vu plusieurs fois, chez des auriculaires, le vertige voltaïque redevenir normal ou presque normal après l'opération, tandis qu'auparavant il était exclusivement unilatéral au point de vue soit de l'inclination, soit de la rotation.

J'aborde maintenant la partie essentielle de mon sujet, celle qui est relative aux effets utiles de la ponction.

La plupart des malades ne sentent aucune amélioration immédiate après la rachicentèse. Quelques-uns pourtant, ce sont généralement les vertigineux, déclarent, séance tenante, qu'ils sont plus à l'aise, que leur tête est plus libre ; il en est aussi qui paraissent entendre plus distinctement. Ordinairement ce n'est que le lendemain, le surlendemain, ou plus tard encore que les effets favorables apparaissent, que les vertiges, les bourdonnements et la surdité diminuent, et cette amélioration se manifeste souvent malgré les douleurs de tête et les nausées produites par la ponction. Mais il ne faut pas se hâter en pareil cas, de chanter victoire ; il n'est pas rare que les bourdonnements, la surdité, après s'être atténués pendant quelques jours, reparassent peu de temps après, en même temps que disparaissent les effets pénibles de l'opération. Je dois reconnaître que ces cas sont le plus facilement explicables avec les notions que nous possédons sur la rapidité avec laquelle se reproduit le liquide céphalo-rachidien. Il est singulier que les résultats puissent persister longtemps après la rachicentèse, alors que le liquide a dû se reproduire, qu'ils puissent même s'accroître à ce moment, et pourtant cela est incontestable, ainsi qu'on va le voir.

Je passerai successivement en revue les trois troubles subjectifs essentiels des affections auriculaires, les vertiges, les bourdonnements, la surdité, faisant ainsi une classification symptomatique et je montrerai d'abord l'action que la ponction peut avoir sur chacun de ces symptômes.

De ces trois manifestations, c'est assurément le vertige qui est le plus souvent et le plus notablement influencé par la rachicentèse. Sur les cent six malades observés, trente-deux étaient atteints de vertiges qui, chez les uns, se présentaient sous forme d'accès et qui étaient continus chez les autres ; ces vertiges, tantôt étaient accompagnés de violents bourdonnements et de nausées, réalisant le syndrome de Ménière classique, tantôt consistaient seulement en une sensation d'instabilité apparaissant à l'occasion de divers mouvements et se manifestant par de la titubation ; mais je tiens à faire ressortir, car le sujet prête à confusion, que le terme « vertige » est employé ici dans son sens exact, et que si le vertige était plus ou moins intense, continu ou intermittent, suivant les divers malades, il était chez tous bien caractérisé. Sur ces trente-deux malades, onze ont été ponctionnés sans succès. Dans les 21 autres cas, j'ai obtenu un résultat très net, parfois tout à fait remarquable. Parmi ces malades, il en est sept, débarrassés du vertige, dont la guérison se maintient actuellement depuis six mois au moins et atteint chez l'un une durée de treize mois. Pour donner une idée exacte de l'action exercée par la rachicentèse, je crois que le mieux est de relater simplement ces diverses observations ; les voici résumées :

OBSERVATION I. — 57 ans ; affection pure du labyrinthe ; troubles auriculaires depuis huit à neuf mois ; bourdonnements et sifflements continuels à gauche, diminution notable de l'audition à gauche ; vertiges à l'occasion du moindre mouvement ; dépression mentale. Une seule ponction est suivie, dans un délai d'une dizaine de jours, de la disparition des troubles mentaux, des vertiges, des sifflements, d'une atténuation considérable des bourdonnements et de la surdité ; ce résultat se maintient depuis treize mois.

Obs. II. — 37 ans ; otite cicatricielle consécutive à une otite moyenne aiguë droite ; il y a six ans, évidemment petro-mastoïdien ; depuis ce temps, surdité presque complète à droite et bourdonnements ; depuis trois semaines, augmentation des bourdonnements et vertiges ; quelques jours après la rachicentèse les bourdonnements et les vertiges ont disparu, la surdité s'est atténuée, et elle diminue encore plus tard ; ce résultat se maintient depuis neuf mois.

obs. III. — 39 ans ; otite cicatricielle consécutive à une otite moyenne aiguë suppurée de l'oreille gauche il y a six ans ; depuis cette époque, surdité complète à gauche, bourdonnements, accès de vertiges avec nausées et chute ; depuis cinq mois, accentuation considérable des vertiges, des bourdonnements et obnubilation intellectuelle ; quelques jours après la rachicentèse, une amélioration se manifeste et s'accroît ensuite progressivement ; au bout d'un mois, diminution considérable de la surdité, disparition des bourdonnements, des vertiges et des troubles intellectuels ; plus tard, à la suite d'une petite opération pratiquée sur l'oreille moyenne par un auriste en ville, réapparition des bourdonnements ; mais le résultat obtenu en ce qui concerne l'audition et les vertiges se maintient depuis neuf mois.

obs. IV. — 63 ans ; affection pure du labyrinthe consécutive à une chute de cheval, il y a cinq ans ; depuis quatre ans, accès de vertige avec bourdonnements, nausées et titubation ; depuis deux ans, état vertigineux permanent et accès se répétant cinq à six fois par jour ; bourdonnements continus et diminution de l'audition ; la ponction est suivie d'une amélioration immédiate et environ dix jours après, les vertiges, les bourdonnements et la surdité disparaissent ; ce résultat se maintient depuis sept mois.

obs. V. — 53 ans ; affection pure du labyrinthe ; depuis un an, vertiges continus qui s'accroissent sous l'influence des mouvements brusques ; bourdonnements continus qui s'exaspèrent au moment des vertiges ; amélioration rapide à la suite de la ponction ; huit jours après, disparition des bourdonnements et des vertiges ; ce résultat se maintient depuis sept mois.

obs. VI. — 36 ans ; sclérose progressive des deux oreilles ; affaiblissement de l'ouïe ; depuis trois ans, bourdonnements continus et vertiges ; après une ponction, disparition des vertiges qui n'ont pas reparu depuis six mois.

obs. VII. — 35 ans ; sclérose progressive bilatérale ; affaiblissement notable de l'ouïe ; depuis un an, bourdonnements continus et accès de vertige ; après une ponction, atténuation des bourdonnements et disparition des vertiges ; ce résultat se maintient depuis six mois.

Dans un deuxième groupe, je place quatre malades qui ont été débarrassés du vertige dont ils étaient atteints et chez lesquels la guérison se maintient déjà depuis environ trois mois ; l'un, atteint d'une lésion labyrinthique pure remontant

à vingt ans, avait depuis dix-huit mois des vertiges à tout instant ; le deuxième, atteint aussi d'une lésion labyrinthique pure n'avait des vertiges que depuis une semaine ; le troisième, atteint d'une otite cicatricielle, avait, depuis plusieurs années, des vertiges qui, d'abord intermittents, étaient devenus continuels ; le quatrième, atteint d'une otite sèche, avait des accès de vertige avec bourdonnements et nausées, se reproduisant plusieurs fois par jour.

Un troisième groupe est composé de sept malades qui ont été perdus de vue et dont nous ne connaissons pas l'état actuel ; nous pouvons dire seulement que pendant la période où ils ont été suivis, période variant de quinze à quarante jours, la guérison s'était maintenue ; un de ces malades était atteint d'une lésion labyrinthique pure, deux d'otite cicatricielle et quatre d'otite sèche.

Enfin, dans un quatrième groupe, je range trois malades, dont l'un, atteint d'otite sèche avec vertiges, a été, à la suite d'une ponction, débarrassé pendant cinq mois de ses vertiges qui, actuellement, ont une tendance à reparaitre, dont le deuxième, atteint d'une otite cicatricielle, a constaté pendant cinq mois une amélioration sensible qui diminue maintenant, dont le troisième enfin, atteint d'otite sèche, n'a éprouvé qu'une amélioration légère, mais très nette, qui se maintient depuis cinq mois.

Si l'on en juge par cette statistique, on peut dire que dans le traitement des vertiges par la rachicentèse, le succès est la règle, l'échec l'exception. Je reconnais, il est vrai, qu'on est en droit de supposer que j'ai eu une série particulièrement favorable, que les insuccès ou les demi-succès sont peut-être plus communs que ma statistique ne tend à l'établir, que d'ailleurs, mes malades, surtout ceux chez qui la disparition des vertiges ne date que de quelques semaines, ne peuvent être considérés comme définitivement guéris. Néanmoins, les résultats obtenus, quel que soit l'avenir qui leur est réservé, sont importants, surtout si l'on considère que les autres méthodes employées en pareil cas, sont peu efficaces ou inefficaces.

Le symptôme bourdonnement est certainement beaucoup plus rebelle au traitement que le vertige. Sur quatre-vingt-dix

malades, il y en a trente environ chez qui ce trouble a diminué d'une manière sensible ou a disparu, et parmi ceux-ci il y en a une dizaine chez lesquels l'effet obtenu se maintient depuis trois mois au moins ; quelques-uns même sont guéris depuis plus longtemps, sept mois, dix mois, treize mois ; il est vrai que parmi les vingt autres, il en est qui n'ont pas été suivis plus d'un mois. Quoiqu'il en soit, ce résultat est encore satisfaisant, surtout si on le compare à ce qu'on obtient par les procédés habituels, les insufflations, le bougirage, qui, de plus, contrairement à la rachicentèse, sont susceptibles d'augmenter les bourdonnements.

Enfin, la surdité est peut-être encore plus rebelle à la rachicentèse que les bourdonnements. Si je défalque les cas où une amélioration d'une ou de plusieurs semaines a été suivie d'un retour à l'état antérieur et ceux où, malgré les affirmations des malades, peut-être optimistes, le résultat ne m'a pas semblé tout à fait incontestable, il ne me reste guère sur 100 cas de surdité que 13 cas où j'ai obtenu une amélioration, mais celle-ci a été manifeste ; elle a été reconnue par les malades, par leur entourage, ainsi que par mes collaborateurs et par moi, grâce à la comparaison des mesures prises avant et après la ponction. Il y a même quelques succès éclatants à enregistrer, en voici des exemples :

Une femme atteinte depuis six ans d'une surdité complète d'une oreille, consécutive à une suppuration, recouvre l'ouïe peu de temps après la ponction et finit par entendre la voix chuchotée du côté malade à 2 mètres de distance ; le résultat se maintient depuis neuf mois.

Un homme, atteint d'une sclérose de l'oreille, presque complètement sourd depuis vingt ans, est notablement amélioré à la suite de la ponction ; à son grand étonnement, il entend des bruits qu'il ne percevait pas autrefois et il est capable d'entendre ce qu'on dit si l'on parle, près de lui, distinctement et à haute voix.

Enfin, un homme de 35 ans, sourd-muet depuis l'âge de 2 ans 1/2, absolument sourd d'une oreille et presque absolument sourd du côté opposé, ayant essayé sans succès tous les traitements imaginables, subit trois ponctions successives, la

première sans résultat, la deuxième suivie d'une légère amélioration qui s'affirme depuis la troisième, et aujourd'hui il entend la voix haute à 20 centimètres de distance, du côté qui paraissait tout à fait annihilé ; depuis que cette amélioration a été obtenue, la voix du malade, qui présentait les caractères que l'on constate chez les sourds-muets, tend à se modifier.

Cette observation est encore intéressante, parce qu'elle montre qu'il ne faut pas se laisser rebuter quand une première ponction n'a pas été suivie d'effet. Si tous les malades que j'ai classés dans le cadre des insuccès avaient été ponctionnés plusieurs fois, ma statistique compterait peut-être moins d'échecs.

Je dois faire remarquer que la surdité a été améliorée surtout chez les malades qui avaient en même temps que ce trouble des vertiges ou des bourdonnements ; la surdité monosymptomatique s'est montrée particulièrement réfractaire.

J'ajouterai encore que, quoique dans la hiérarchie que nous avons établie le vertige occupe la première place, le bourdonnement la seconde et la surdité la dernière, on observe exceptionnellement chez quelques malades, une atténuation de la surdité plus prononcée que celle des bourdonnements et même que celle des vertiges.

Si maintenant je fais une classification de mes malades fondée, non plus sur le caractère des troubles subjectifs, mais sur la nature et le siège des lésions, j'en compte huit atteints d'affections pures du labyrinthe, vingt-deux atteints d'otite cicatricielle et soixante-seize d'otite sèche.

En me plaçant à ce point de vue, je constate que ce sont les affections pures du labyrinthe sur lesquelles la ponction agit le plus efficacement ; sur les huit malades qui composent ce groupe, il y en a en effet six qui ont été très améliorés ou guéris. Je dois cependant faire observer qu'il ne s'agissait, dans aucun de ces cas, de surdité complète, que les troubles auditifs étaient chez la plupart de ces malades relativement peu prononcés et que ce qui dominait surtout chez eux, c'étaient des signes d'irritation labyrinthique caractérisée par des vertiges et des bourdonnements.

La rachicentèse paraît avoir plus d'action sur les troubles

auriculaires quand ils sont liés à une otite cicatricielle, que quand ils dépendent d'une otite sèche; la différence semble surtout nette si l'on considère le symptôme bourdonnement qui, sur 22 cas d'otite cicatricielle, a été heureusement modifié environ dix fois.

De l'analyse des faits que j'ai observés, je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes :

La rachicentèse exerce sur le vertige auriculaire une influence remarquable; ordinairement, elle l'atténue ou le fait disparaître.

Elle peut agir aussi d'une manière favorable sur les autres troubles auriculaires, les bourdonnements et la surdité; mais là, son champ d'action est moins étendu.

La rachicentèse est généralement plus efficace dans les lésions labyrinthiques pures que dans les lésions mixtes de l'oreille, plus efficace aussi d'habitude dans les otites cicatricielles que dans les otites sèches.

La rachicentèse ne présentant aucun danger, n'exposant pas les malades qui s'y soumettent à une aggravation, doit être tentée, sauf contre indications spéciales, chez tous les sujets qui sont atteints de troubles auriculaires réfractaires aux divers modes de traitement local.

II

UN NOUVEAU MODÈLE DE POLYPOTOME NASAL. DESCRIPTION ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Par **Albert RUAULT.**

I

Le défaut capital de tous les polypotomes, c'est le mode de fixation des deux chefs libres de l'anse. On sait comment il est réalisé : à l'aide d'un étau dont la mâchoire mobile coulisse sur une tige perpendiculaire à la mâchoire fixe ; tige lisse à sa partie inférieure, taraudée plus haut, et munie, à ce niveau, d'un écrou dont le serrage doit fixer entre les deux mâchoires de l'étau les deux chefs de l'anse enroulés en sens contraire au pied de la tige.

Rien de plus défectueux, rien de plus incommode que ce système. Au bout d'un temps variable, le pas de vis s'use, la vis devient folle, et le serrage ne peut plus être obtenu. Et tant qu'il est possible, il ne l'est qu'au prix de manœuvres longues et laborieuses. Celles-ci sont trop connues pour que je m'y arrête ici : nous avons tous exercé notre patience à enrouler la corde à piano, rebelle, autour de la tige, et déchaussé nos ongles en serrant le malencontreux écrou par-dessus. Tous, nous nous sommes piqué les doigts avec les extrémités agressives du fil d'acier, en enlevant l'anse hors d'usage pour la remplacer par une neuve.

Tous ces inconvénients disparaissent avec le modèle de serre-nœud que j'ai récemment fait établir par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris, et dont la figure 1

donne une idée assez exacte, bien que le dessinateur n'ait donné au manche qu'une obliquité de 106° au plus sur le tube, au lieu de 105° qu'il doit avoir pour être bien en main.

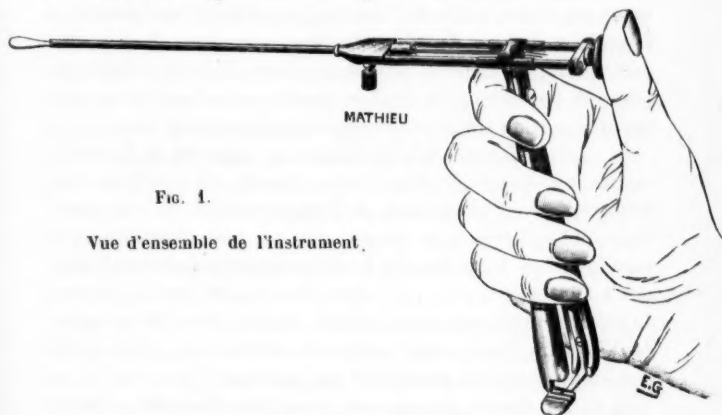


FIG. 1.

Vue d'ensemble de l'instrument.

Ce modèle n'est, d'ailleurs, qu'un perfectionnement de celui que j'ai fait construire en 1887, et qui figure, sous mon nom, dans les catalogues des constructeurs français. Dans le nouveau modèle, le manche, incliné à 105° sur l'axe du tube, est

FIG. 2.

Détails du manche

(Le dessinateur a figuré ici le manche beaucoup trop oblique).



constitué par une pince à pression continue très puissante, qui sert, à la fois, à tenir l'instrument en main et à fixer les deux chefs de l'anse. Cette pince est analogue à la pince porte-aiguille de Mathieu, pour Aiguilles de Hagedorn, mais les mors, au lieu d'être plats, s'encastrent l'un dans l'autre, le mors supérieur

portant une encoche transversale à bords arrondis où s'engage une saillie correspondante du mors inférieur.

Le long du mors supérieur de cette pince coulisse, dans deux tubes parallèles, longs de 2 centimètres et demi, une pièce rectangulaire, longue de 10 centimètres, qui porte, à sa partie postérieure, un bouton destiné à servir de point d'appui au pouce de l'opérateur, et dont la partie antérieure est formée par une portion tubulaire où s'ajuste le tube guide-anse.

Ce tube guide-anse, dont la longueur totale est de 15 centimètres, est formé de deux tubes d'acier concentriques. La forme évasée, et très aplatie, de l'extrémité libre du tube extérieur, oblige l'anse à se fermer dans un plan déterminé. Le tube intérieur, libre, long de 8 à 9 centimètres seulement, permet à l'opérateur, ainsi que nous allons le voir tout à l'heure, de reformer avec une très grande facilité l'anse fermée pendant le cours d'une intervention, en servant de guide et de soutien au double fil métallique qui la forme.

Ce fil est d'acier écroui, non recuit, élastique, dit corde à piano, de 0^m,35 de diamètre. L'instrument permet de lui donner une longueur suffisant à toutes les exigences de la pratique courante, car la course de la coulisse est de 5 centimètres et demi.

Le fil d'acier étant coupé à une longueur convenable, on le monte sur le tube guide-anse avant d'ajouter celui-ci à l'instrument. On sort le petit tube du plus grand ; par l'extrémité aplatie de celui-ci, on introduit les deux bouts du fil d'acier, et on pousse jusqu'à ce qu'ils dépassent l'autre extrémité du tube de 2 à 3 centimètres. On les saisit alors ensemble avec le pouce et l'index de la main droite, et on les introduit dans la petite extrémité du petit tube tenu de la main gauche ; puis, le pouce et l'index droits étant alors placés au bout du tube extérieur pour y maintenir l'anse en place, on repousse le petit tube, à fond, dans le grand où il reprend sa place. Le tube guide-anse étant ainsi chargé de son fil, on l'ajuste à l'instrument tenu de la main gauche, et l'on y fixe à l'aide de la vis de pression destinée à cet usage, en serrant cette vis à l'aide du pouce et de l'index de la main droite.

Pour fixer à la pince les deux chefs de l'anse, on commence

par tirer un peu la boucle de celle-ci, de façon à faire rentrer ces bouts de quelques millimètres dans le tube. Puis on pousse en avant la pince ouverte, le long de la coulisse, jusqu'au contact de l'extrémité postérieure du tube, et on la maintient dans cette position en accrochant avec l'index gauche, comme une détente de pistolet, la vis de pression fixatrice du tube. On pousse ensuite l'anse en arrière jusqu'à ce que les deux extrémités libres viennent sortir derrière les mors de la pince, et les dépassent quelque peu. Il suffit alors de fermer avec la main droite, au deuxième ou mieux au troisième cran, la pince soutenue entre l'index gauche (placé en avant et contre la vis de pression) et le pouce gauche (placé sous la coulisse, en arrière, juste au-dessous du mors inférieur), pour que l'anse se trouve solidement fixée.

Une fois l'anse fermée, et sortie de la fosse nasale où l'a introduite la main droite : si l'on veut reformer l'anse, on commence par saisir, entre le pouce et l'index gauches, le petit tube par son extrémité molletée (qui dépasse, en arrière, le tube extérieur), et on le tire en arrière aussi loin que possible. On le lâche alors pour prendre, entre les mêmes doigts, le bouton postérieur, et le maintenir, tandis qu'on pousse le manche en avant avec la main droite. L'anse sort alors du tube extérieur par son extrémité nasale, et il suffit de lui rendre une forme moins allongée pour en faire usage de nouveau.

II

Le mode d'emploi de l'instrument demande à être exposé avec quelques détails. Il est identique à celui de mon ancien modèle : mais les auteurs qui signalent celui-ci, même ceux qui le recommandent, ne donnent que des indications techniques très sommaires, tout à fait insuffisantes. Mes élèves, qui à peu près tous, ont adopté mon polypotome, ne s'en étaient, pour la plupart, jamais servi avec avantage avant de me l'avoir vu employer, et j'en dirai autant de ceux de mes confrères et amis qui l'utilisent aujourd'hui de préférence. Aussi suis-je

convaincu que si l'usage de cet instrument n'est pas plus répandu, c'est que j'ai négligé jusqu'ici d'indiquer d'une façon claire et précise la manière de s'en servir, et que personne n'a pris la peine de le faire pour moi. Je réparerai aujourd'hui cet oubli, puisque l'occasion s'en présente.

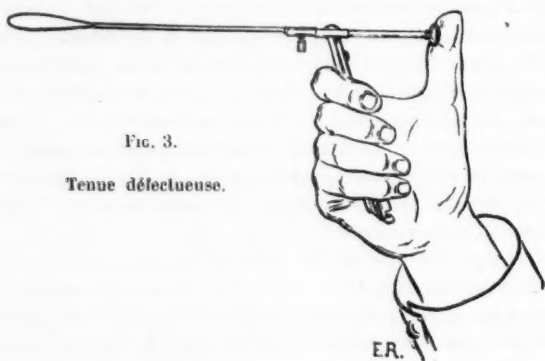


FIG. 3.

Tenue défectueuse.

Le manche de l'instrument doit être tenu à pleine main, non comme dans la figure 3, mais comme dans la figure 4.

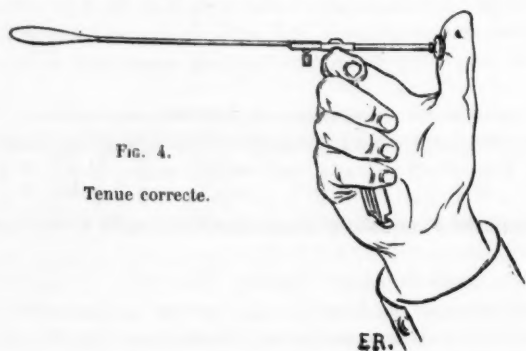


FIG. 4.

Tenue correcte.

Dans cette position, le manche est très légèrement maintenu par les trois derniers doigts, le pouce est placé sur le bouton. et l'index fléchi, dont la deuxième phalange a sa face

palmaire située tout en haut du manche, soutient presque tout le poids de l'instrument sur le bord radial de cette deuxième phalange, où viennent s'appuyer les deux tubes parallèles horizontaux dans lesquels coulisse la pièce commandée par le pouce.

Le serre-nœud étant tenu de cette façon, la main conserve toute sa mobilité, et le raccourcissement de l'anse, dans un même plan et suivant l'axe du tube, peut être obtenu sans mouvement d'ensemble de la main, de trois façons différentes : soit par l'adduction du pouce seul, les autres doigts restant fixes ; soit par le mouvement contraire ; soit encore par le rapprochement du pouce et de l'index allant simultanément à la rencontre l'un de l'autre, auquel cas l'anse se rétrécit concentriquement.

S'il s'agit, par exemple, d'enlever un polype muqueux pédiculé s'insérant à la partie antérieure du méat moyen, et qui pend dans la fosse nasale jusqu'au plancher au niveau du tiers médian de celui-ci, on introduit l'anse de champ, dans le plan vertical (la main en pronation, le coude écarté du corps), en la glissant sur le plancher, soit le long de la cloison s'il s'agit de la fosse nasale droite, soit le long de la face interne du cornet inférieur s'il s'agit de la fosse nasale gauche. On la pousse ainsi jusqu'à ce que l'extrémité du tube soit près d'arriver au niveau du bord antérieur du polype, puis, baissant le coude pour le rapprocher du corps en remplaçant la main dans la position indiquée dans la figure 4, on place l'anse horizontalement sur le plancher au-dessous de la tumeur. Alors, on élève peu à peu la main, en lui imprimant de petits mouvements d'ensemble d'avant en arrière et d'arrière en avant, de façon à ce que l'anse, tout en s'applatissant de plus en plus, se rapproche le plus possible de l'insertion de la tumeur. Lorsqu'il est devenu impossible d'aller plus haut, on retire légèrement la main à soi (toujours par un mouvement d'ensemble de la main, du poignet, et de l'avant-bras qu'on fléchit sur le bras), de façon à ce que la concavité de l'anse accroche le pédicule, ce dont on se rend compte bien plutôt par le déplacement de la tumeur en avant, qui est très visible dans le speculum, que par la résistance perçue, qui est très faible. Jusque-là, l'anse a conservé toute sa longueur.

Alors, on ferme un peu l'annulaire et le petit doigt sur le manche pour bien le fixer, et, à l'aide du pouce seul, on pousse le tube en avant jusqu'à ce que son extrémité arrive au contact de la surface antérieure du polype. A ce moment, l'anse déjà raccourcie enserre la tumeur, avec laquelle elle est en contact sur tout son pourtour. Pour terminer l'opération, on relâche l'annulaire et le petit doigt, on cesse de mouvoir le pouce isolément, et on pratique la section concentriquement, en rapprochant simultanément le pouce et l'index l'un de l'autre. (En pareil cas, on fait usage généralement d'une anse suffisamment longue pour qu'elle ne puisse pas rentrer complètement dans le tube à la fin de sa fermeture, mais qu'elle s'arrête au niveau de l'extrémité du tube : la section n'est pas alors complète, et l'ablation se termine par arrachement à l'aide d'un mouvement de traction d'ensemble de toute la main).

Si, au lieu d'un polype muqueux ordinaire, il s'agit, par exemple, d'enlever le bord inférieur du cornet moyen très hypertrophié, la manœuvre sera un peu différente. On accrochera d'abord la partie postérieure de ce bord hypertrophié avec la concavité de l'anse de la même façon que dans le cas précédent. Puis, sans perdre le contact de l'anse avec la queue du cornet, on élève la main de façon à placer l'extrémité du tube en face du bord antérieur du cornet moyen, au niveau de sa partie supérieure. Ensuite, on poussera le tube en avant avec le pouce, et on l'appliquera sur ce bord antérieur osseux de façon à y prendre un solide point d'appui. Alors, on sectionnera peu à peu et lentement la masse hypertrophiée en rapprochant du pouce fixe, par petites tractions successives, l'index suivi des autres doigts relâchés qui soutiennent légèrement le manche, tractions qui feront peu à peu rentrer l'anse dans le tube d'avant en arrière.

Ces deux exemples suffiront à faire comprendre le manie-
ment de mon polypotome, et à montrer qu'avec lui il est facile à l'opérateur d'enserrer la tumeur intra-nasale au point précis où il le veut faire, pour la sectionner ensuite sans lui imprimer de mouvements d'ensemble qui déplacent le plan de section. On peut m'objecter que les mêmes résultats peuvent être obtenus avec les polypotomes à anneaux, coudés à l'angle

nasal, lorsqu'on a l'habitude de s'en servir. Mais on ne peut contester à mon instrument le mérite d'avoir, sur ces derniers, le double avantage de permettre avec plus de sûreté, de facilité, et surtout de rapidité, la fixation du fil et le rétablissement de l'anse après sa fermeture : c'est là surtout ce qui m'encourage à en recommander l'emploi.

UN CAS DE THROMBO-PHLÉBITE SUPPURÉE
DU SINUS LATÉRAL D'ORIGINE OTIQUE ENRAYÉE
PAR L'OUVERTURE ET LE NETTOYAGE DU VAISSEAU
INFECTÉ, PRÉCÉDÉS DE LA LIGATURE
DE LA VEINE JUGULAIRE.
MORT, SIX SEMAINES PLUS TARD, A LA SUITE
D'ACCIDENTS NOUVEAUX, DÛS, SUIVANT
TOUTE APPARENCE, A LA FORMATION SECONDAIRE
D'UN ABCÈS CÉRÉBELLEUX. RÉFLEXIONS.

Par LUC (1).

Le nommé Eugène Mol., employé, est admis à ma maison de santé le 27 novembre 1903.

Homme d'apparence robuste. Rien d'intéressant à relever dans ses antécédents.

Otorrhée chronique, fétide depuis 9 mois.

Depuis 15 jours, douleurs dans la moitié droite de la tête, empêchant le sommeil.

OTOSCOPIE. — Destruction tympanique totale; osselets non apparents.

Pas de fongosités dans la caisse.

Sensibilité très nette à la pression, à la partie postérieure de la région mastoïdienne, vers l'émergence de la veine mastoïdienne.

Graude diminution de l'ouïe à droite; mais Rinne négatif et diapason latéralisé à droite. Donc pas de raisons de songer à une participation du labyrinthe à la suppuration.

28 novembre. PREMIÈRE OPÉRATION. — L'évidement pétro-mastoidien est pratiqué après chloroformisation, suivant le procédé de Stacke.

(1) Communication à la Société médicale du VI^e Arrondissement.

Je trouve, à une grande profondeur, un antre petit, rempli de fongosités et de pus sous pression, en contact avec la dure-mère dénudée, au niveau du tegmen partiellement détruit.

Le malade ayant raconté qu'il avait eu de grands frissons dans la nuit du 19 au 20, puis un autre le lendemain, puis un troisième le 24, la crainte légitime d'une pyémie initiale était déjà née en ce moment dans notre esprit ; aussi le sinus latéral est-il systématiquement dénudé au cours de notre intervention. Nous ne trouvons pas de collection purulente péri-sinusienne, mais le vaisseau présente une teinte grisâtre, quelque peu anormale.

La plaie rétro-auriculaire est réunie par première intention après élargissement du conduit et création d'un lambeau aux dépens du tegmen de la conque, suivant le procédé de Siebenman.

Pas de fièvre le jour de l'opération.

Le lendemain, frisson à 2 heures de l'après-midi, puis à 2 heures du matin. Température axillaire 37°,9, pendant ces frissons.

Le 30. — Examen soigneux du malade. Cérébration normale. Nul signe méningo-encéphalique. Notamment pas de raideur de la nuque, ni de céphalée. Pas d'empatement ni de sensibilité, le long du trajet de la jugulaire. Le malade peut quitter son lit et aller et venir dans sa chambre. Examen du fond de l'œil négatif. Pas de nouveau frisson le 30. Néanmoins l'opération sinusienne est décidée et pratiquée le lendemain.

1^{er} décembre. DEUXIÈME OPÉRATION. — Après chloroformisation, nous commençons par pratiquer, avec la précieuse assistance de notre collègue et ami le Dr Bellin, la ligature de la jugulaire au-dessous du tronc veineux thyro-linguo-facial.

Puis réouverture du foyer osseux. Large dénudation du sinus, autour duquel nous trouvons cette fois du pus, mais au niveau du genou et de la partie horizontale qui n'avaient pas été découverts la première fois.

C'est aussi d'ailleurs à ce niveau que la paroi du vaisseau se montre surtout modifiée : elle offre une coloration jaunâtre et une surface comme granitée. Le sinus est d'abord ouvert à sa partie descendante, immédiatement en aval du genou. Là, nous trouvons des caillots fibrineux jaunâtres, adhérents. Plus haut, au niveau du genou, pus crémeux ou grumeleux par places. En poursuivant le curettage du sinus vers le bout jugulaire, nous trouvons du sang liquide, mais ne s'écoulant qu'avec peu de force, à un bon centimètre au moins du trou déchiré. Dans l'autre direction, au contraire, ce n'est qu'après avoir dénudé une lon-

gueur de 4 centimètres de la portion horizontale du vaisseau et après avoir alors introduit une curette sur une nouvelle longueur de 4 centimètres, vers le pressoir d'Hérophyle, que nous obtenons un écoulement de sang, mais pas en jet.

Curettage minutieux du sinus. Introduction d'une mèche de gaze iodoformée dans chacune de ses extrémités. Plaie laissée largement ouverte.

Pas de frissons dans la journée. Temp. rect. 39°,4 à 5 heures du soir.

2 décembre. — 38°,6 à 10 heures du matin, 38°,7 le soir. Toujours pas de frissons. Bon état général. Appétit.

A partir du lendemain, chute définitive de la fièvre.

5 décembre. — Changement du pansement post-opératoire. Les cavités osseuses sont trouvées bien étanchées et désinfectées. Les mèches retirées des extrémités du sinus ne ramènent pas de pus, preuve que la désinfection du vaisseau a été parfaite.

La plaie cervicale qui a été réunie par première intention présente un point de suppuration superficielle, au niveau de la sortie du catgut correspondant à la ligature du bout supérieur du vaisseau. Pansement sec des cavités osseuses. Pansement humide au cou.

Au bout de deux jours, la suppuration cervicale a complètement cessé.

Pendant les semaines qui suivent, la vaste plaie crânienne va se rétrécissant graduellement. Les pansements sont renouvelés tous les jours. A chacun d'eux, une mèche est introduite dans la direction du bout supérieur du sinus; une seconde dans l'antre; et une troisième dans la caisse.

A la fin de décembre, la plaie rétro-auriculaire, considérablement réduite, était en voie de cicatrisation.

Les parois des cavités tympanique et attico-antrale se montraient, en grande partie, épidermisées. L'extrémité postérieure de la plaie correspondant à la partie la plus reculée de la dénudation du sinus, en arrière, suppurait encore, il est vrai, mais une exploration avec un stylet, à ce niveau, ne permettait de découvrir ni point osseux dénudé, ni trajet fistuleux. Le malade venait chaque jour d'Asnières se soumettre à nos pansements. Il paraissait très gai, plein d'entrain, et rien ne pouvait nous permettre de soupçonner les accidents terribles qui allaient éclater chez lui.

A partir environ du commencement de janvier, son entourage commença à remarquer qu'il maigrissait et pâlisait, sans toutefois perdre de sa gaieté ni de son appétit.

Le 11 janvier, pour la première fois, il manqua au rendez-vous qui lui avait été donné pour son pansement, et son frère vint à sa place nous informer qu'il était retenu chez lui par un violent mal de tête compliqué de vomissements non alimentaires. Je songeai aussitôt à la possibilité d'un début d'abcès encéphalique et, suivant toute vraisemblance, à un abcès cérébelleux, en raison de la coïncidence fréquente bien connue aujourd'hui, entre la localisation en question et l'infection du sinus latéral tenant à l'étroit voisinage de ces deux régions. Je ne dissimai donc pas au frère du malade mes appréhensions, et j'insistai sur la nécessité urgente du transport de ce dernier à ma maison de santé, afin qu'une intervention intra-crânienne pût être pratiquée à temps, si je la jugeais nécessaire.

Le lendemain, le malade revint seul. Il me parut très pâle ; mais comme (ainsi que je l'appris depuis) son unique préoccupation était de se dérober à une nouvelle intervention, bien qu'il n'eût pas eu à se plaindre de la première qui l'avait littéralement arraché à la mort, il s'appliqua à dissimuler devant moi tout ce que son état pouvait présenter d'inquiétant, niant tout mal de tête, et rapportant ses vomissements de la veille à une simple indigestion. Je ne fus toutefois rassuré qu'après avoir relevé sa température rectale qui ne dépassait pas 37 degrés.

Le 15, étant sans nouvelles de lui, j'envoyai auprès de lui une de mes infirmières. Celle-ci le trouva en pleine connaissance, mais très faible, au point qu'il ne put quitter son lit que tout juste pendant le temps nécessaire pour son pansement. Sa température rectale était normale ; il persistait à nier tout mal de tête, alors qu'il avait accusé vivement ce symptôme devant sa famille. En présence de l'infirmière il se plaignit uniquement d'une sorte de courbature dans les membres.

Le lendemain, 16 janvier, je me décidai à me rendre moi-même auprès de lui ; et dès 8 heures du matin j'arrivai chez lui. Il était dans le coma depuis la veille au soir. Son pouls battait 90 à la minute. Ses téguments me parurent présenter une température anormalement élevée.

Je fis une dernière tentative sur sa mère et son frère pour les décider à le faire transporter sans retard à ma maison de santé, dans une voiture d'ambulance urbaine ; mais je reçus au milieu de la journée un télégramme m'annonçant qu'il était mort une heure et demie après mon départ.

Mon intention, au cas où le transport du malade eût pu être effectué à temps, était d'aller à la recherche de son abcès encéphalique présumé, en commençant par la région cérébelleuse, cette partie de l'encéphale devant être, pour les raisons énoncées plus haut, suivant toute vraisemblance, le siège de l'abcès recherché. Cette recherche, qui présentait l'unique chance de sauver une seconde fois le malade, aurait eu en outre l'avantage de nous donner la sanction de notre diagnostic, et de conférer à ce cas si intéressant le caractère d'un document clinique.

En dépit de cette grosse lacune nous croyons pouvoir présenter, comme extrêmement vraisemblable dans ce cas, l'hypothèse d'un abcès cérébelleux comme ayant causé la terminaison fatale.

Nous ne relevons en effet dans la symptomatologie du malade aucun signe méningitique. D'autre part, il ne présentait plus, à partir de notre intervention du 1^{er} décembre, aucune manifestation pyémique. Au contraire, à part l'absence de ralentissement du pouls, les symptômes relevés par son entourage, à partir du commencement de cette année (amaigrissement progressif, puis céphalée accompagnée de vomissements non alimentaires et aboutissant au coma) sont on ne peut plus caractéristiques de l'abcès encéphalique, et le fait que le foyer infectieux opéré par nous occupait le sinus latéral, surtout au niveau de sa portion horizontale, c'est-à-dire la région de la fosse cérébelleuse, nous autorise, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à préciser davantage la localisation encéphalique, et à représenter comme extrêmement probable son siège dans le cervelet.

Ce cas remarquable nous paraît entraîner trois enseignements dominants :

1° Tout d'abord l'action véritablement jugulante sur les accidents pyémiques de l'ouverture et de la désinfection du sinus suppuré pratiquées à temps et à fond. En effet, à partir de notre intervention, le malade qui avait présenté antérieurement plusieurs grands frissons, n'en eut plus un seul ultérieurement, et sa température tomba complètement le surlendemain.

La méthode opératoire pratiquée ici peut être considérée sans conteste comme l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. En effet, exécutée à temps, elle donne dans la majorité des cas la guérison d'accidents classés, il n'y a pas vingt ans, comme presque fatalement mortels.

Conçue tout d'abord théoriquement en 1880 par Zaufal, elle ne fut exécutée que 8 ans plus tard par deux chirurgiens anglais : Lane et Ballance.

Dans la conception de Zaufal, la ligature de la jugulaire qui en est l'accompagnement préconisé par la majorité des chirurgiens visait à barrer la route du cœur aux germes infectieux, tandis que l'ouverture et le nettoyage du vaisseau infecté devait en tarir la source. De nombreuses observations ultérieures ayant établi que la ligature en question n'était pas la condition *sine qua non* de la guérison, un mouvement de réaction se produisit contre elle, et quelques opérateurs allèrent même jusqu'à lui reconnaître des dangers.

Aujourd'hui que la plupart des statistiques ont nettement établi que la proportion des guérisons était plus grande pour les malades qui avaient subi la ligature de la jugulaire que pour ceux chez lesquels on s'était contenté d'ouvrir et de nettoyer le sinus, la majorité des chirurgiens sont d'accord pour préconiser la ligature de la jugulaire, mais dans un esprit quelque peu différent de la conception de Zaufal. On ne saurait en effet prétendre par cette simple ligature barrer complètement la voie aux microbes vers le cœur, étant données les nombreuses voies anatomiques capables de suppléer le vaisseau lié ; mais le but que l'on se propose en pratiquant cette ligature est de se donner une plus grande sécurité, lors de l'ouverture et du curettage du sinus, en prévenant le transport direct vers le cœur, par la grande veine du cou, des débris de caillot infecté détachés par le fait de ce curettage.

Bien que les faits de guérison dus à la méthode opératoire en question aient perdu depuis longtemps leur caractère exceptionnel grâce aux progrès accomplis dans la technique opératoire et aussi dans nos éléments de diagnostic précoce, nous avons cru intéressant et utile de porter à votre connaissance ce nouveau fait dans lequel précisément la précocité du

diagnostic et de l'intervention eut sur la marche de la pyémie une action si remarquablement enrayante.

2° La marche essentiellement lente et insidieuse de l'infection intra-crânienne.

Voilà en effet un homme qui, opéré le 4^{er} décembre de sa thrombo-phlébite par l'ouverture de son sinus précédé de la ligature de la jugulaire, présente pendant tout le même mois l'état le plus satisfaisant. Sa fièvre a été coupée comme par enchantement. Il vient chaque jour d'Asnières faire panser sa plaie, et celle-ci laissée largement ouverte et primitivement énorme se rétrécit à vue d'œil et semble en parfaite voie de cicatrisation ; et pourtant, pendant ce temps, se passe dans la région de la fosse cérébelleuse un travail latent de migration et de colonisation microbiennes qui aboutit, plus d'un mois plus tard, à la formation d'une collection purulente dans le parenchyme cérébelleux.

3° Il nous fournit un nouvel exemple du caractère longtemps latent et des difficultés de diagnostic parfois insurmontables de l'abcès encéphalique. Il est vrai que, dans le cas particulier qui fait le sujet de cette observation, la difficulté clinique s'accrut de l'état mental particulier du malade qui, ne songeant qu'à se soustraire à une nouvelle intervention chirurgicale, nous trompa sciemment et nous cacha systématiquement ceux de ses symptômes qui auraient pu nous permettre de diagnostiquer et de combattre à temps et peut être victorieusement ses accidents ultimes.

Chez deux autres malades traités par nous, très peu de temps auparavant, la latence de l'abcès encéphalique était pour ainsi dire complète.

Le premier était un jeune frère des écoles chrétiennes sur qui nous avions pratiqué l'évidement péro-mastoïdien pour une otorrhée fétide chronique. Sa température rectale le lendemain de l'opération était de 38°7 le matin et de 38°8 le soir. Le lendemain, elle tombait à 38. Ce jour-là, le jeune homme n'accusait pas le moindre mal de tête et avait toute sa connaissance. La seule particularité que nous ayons notée était une légère torpeur cérébrale et le fait que, lorsqu'on lui adressait la parole, il faisait suivre chacune de ses réponses de l'ap-

pellation : *cher frère*, quels que fussent le sexe et la qualité de la personne qui l'interpellait. Il mourut subitement dans la nuit, et l'autopsie de l'intérieur du crâne nous révéla l'existence d'une collection purulente occupant la plus grande partie de l'hémisphère cérébral gauche.

Ce fait que je rappelle ici très sommairement a fait l'objet d'une communication de ma part à la dernière réunion de la société française d'otologie.

Mais en voici un autre qui n'a pas encore été publié et dont je vous demande la permission de vous exposer très rapidement les traits essentiels.

Une jeune femme de 29 ans, Antoinette V..., est amenée de la province à ma maison de santé, dans la nuit du 23 au 24 décembre dernier, pour des douleurs de tête compliquant depuis plusieurs semaines une vieille otorrhée droite.

La malade a toute sa connaissance. Elle a maigri depuis ces derniers temps. Elle accuse de fortes douleurs, surtout en arrière, irradiant vers la nuque, qui présente une raideur marquée. Sensibilité à la pression de la pointe mastoïdienne.

Le jour même de l'arrivée de la malade, une première opération est pratiquée sur elle : l'évidement pétro-mastoïdien, qui met au jour une caverne antrale pleine de pus fétide sous pression. La dure-mère n'est pas dénudée. Je crois devoir provisoirement m'en tenir là.

Le lendemain, la température rectale se maintient, comme avant l'intervention, entre 38°5 et 39°. La raideur de la nuque persiste. J'en conclus à l'existence d'un foyer plus profond, et suivant mes principes je me décide à passer à l'étape suivante : l'espace extra-dural. Je dois dire que l'examen du fond de l'œil a été négatif et qu'une tentative de ponction lombaire n'a pas été suivie d'issue de liquide.

Donc le lendemain, 29 décembre, le foyer est réouvert, et la dure-mère est dénudée en deux régions : au niveau du sinus latéral. (là elle se montre intacte), et au niveau de la base du lobe temporo-sphénoïdal. Là je trouve une collection de pus sous pression se propageant fortement en dedans, ce qui nécessite la résection de la totalité du tegmen. Ce nouveau foyer soigneusement désinfecté expliquant parfaitement la persis-

tance de la fièvre, je juge prudent de ne pas aller plus loin cette fois, et j'attends les effets de ma nouvelle opération. Ils ne sont pas satisfaisants : la fièvre continue, oscillant entre 38°5 et 39.

Le surlendemain, une inspection minutieuse du foyer nous révèle enfin la cause de la persistance de la fièvre et de la raideur de la nuque. Je découvre en effet à la surface de la dure-mère temporo-sphénoïdale un petit orifice fistuleux, et l'introduction d'une sonde cannelée à ce niveau provoque l'expulsion de plusieurs cuillerées de pus fétide venant manifestement du lobe cérébral contigu. Séance tenante : ouverture large de la dure-mère et du lobe temporo-sphénoïdal.

Découverte, dans ce dernier, d'une cavité ayant les dimensions d'une petite prune ; lavages répétés avec de l'eau oxygénée, puis tamponnement avec de la gaze humide, et le surlendemain introduction de deux gros drains dans le foyer.

Je passe rapidement sur les longs détails du traitement post-opératoire de ce cas. Qu'il me suffise de dire ici que tous mes efforts pour drainer et limiter ce foyer encéphalique furent infructueux. Plusieurs explorations de la cavité suppurante, tant par la vue à l'aide d'un long spéculum bivalve et d'un éclairage électrique, que par le toucher digital, me révélèrent qu'il s'agissait moins là d'un foyer bien limité que d'une série de poches communiquant plus ou moins mal les unes avec les autres, en un mot d'une véritable infiltration purulente de la plus grande partie de l'hémisphère en question.

Après avoir présenté une amélioration passagère à la suite de l'évacuation d'un second foyer intra-cérébral voisin du premier ouvert, la malade succomba dans la nuit du 7 au 8 janvier. Elle était dans le coma depuis le 3.

Mais ce que je tiens à mettre encore en évidence, comparativement aux faits précédents, c'est que, lorsque son foyer intra-cérébral fut découvert, comme par hasard, elle ne présentait d'autres manifestations que la persistance de sa fièvre et de la raideur de la nuque.

Durant les deux jours qui précédèrent son coma elle accusa de vives douleurs dorsales, mais, depuis la première des trois interventions pratiquées sur elle, elle avait complètement cessé de se plaindre de la tête.

Les trois faits que je viens de vous exposer sommairement ne font que me confirmer dans la conviction à laquelle j'avais déjà été amené par mes observations cliniques antérieures : *que le diagnostic de l'abcès encéphalique représente une des plus grandes difficultés de la clinique.*

Et ce sera là la conclusion essentielle du présent travail.

IV

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES EPITHELIOMES DU LARYNX PAR LA VOIE NATURELLE DEUX NOUVEAUX CAS OPÉRÉS AVEC SUCCÈS

Par le Professeur **ARSLAN**

de l'Université de Padoue, Médecin spécialiste de l'hôpital et de la
Polyclinique.

Il y a deux ans, nous avons publié l'histoire de deux sujets atteints d'épithéliome du larynx, opérés par nous par la voie naturelle. Le résultat en fut excellent et persiste à l'heure actuelle (*Archiv. Italien. d'otologie*, etc., Turin, fasc. 2, vol. XII, 1901). Dans cet article était rapportée une statistique des autres cas de cancer du larynx, opérés par la voie endolaryngienne, publiés par plusieurs auteurs.

Par l'étude analytique de tous ces cas, nous avons pu recueillir des faits suffisants pour formuler des indications précises qui nous autorisent à opérer les épithéliomes laryngiens par la voie naturelle. La répétition en serait inutile.

L'exactitude d'un diagnostic précoce et la durée de la guérison, forment les deux arguments principaux en faveur de la méthode endolaryngienne qui nous sont donnés par l'examen microscopique et par la possibilité de pouvoir surveiller les malades pendant plusieurs années. Voilà la raison pour laquelle nous avons promis à nos lecteurs de faire un retour sur nos anciens opérés, en faisant connaître leur état après quelques années.

Le premier cas (M. L.) que nous avons pu examiner il y a quelques jours, se trouve en excellente santé. Aucune menace de récurrence dans le larynx.

La guérison persiste depuis cinq années.

Le deuxième cas (S. A.) se trouve aussi en bonne condition. Le larynx ne montre rien d'anormal.

La guérison persiste depuis quatre années.

A ces deux cas, aujourd'hui, nous pouvons en ajouter deux autres encore plus importants.

OBSERVATION I. — Le 21 juin 1899 vient chez nous M. R., âgé de 52 ans, ingénieur à Legnago (Prov. de Vérone) pour un abaissement de la voix qui le tourmente depuis trois mois. Bonne santé. Rien de spécial dans sa famille. Grand fumeur. Parle beaucoup. Il a fait une quantité de traitements sans aucun résultat.

Au tiers antérieur du côté gauche du larynx, on constate de grosses végétations rougeâtres, couvertes d'un exsudat gris, facilement saignantes, qui arrivent en partie à couvrir la corde vocale. La muqueuse, tout autour de ces productions est tuméfiée, rouge. Les aryténoïdes et l'épiglotte ne présentent aucune altération, à l'exception d'un léger degré d'hypérémie.

Pas d'engorgement des glandes. Rien dans le nez ni dans le rhinopharynx.

Le malade ayant eu dans sa jeunesse la syphilis, nous l'avons soumis au traitement spécifique, consistant en injections de bichlorure d'hydrargyre et iodure de potassium, pendant une période de temps de trois mois. Bien que ce traitement fût suivi avec insistance, il n'a pas donné de résultat. Au contraire, l'état du malade empirait de jour en jour.

Le microscope a confirmé le diagnostic de *cancer*, que nous avons soupçonné dès le premier examen. Pour nous mieux en assurer, nous avons prié le prof. Bonome, directeur de l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université de Padoue, de répéter l'examen histologique. Le résultat fut identique.

Séance tenante, nous avons enlevé avec les pinces larygiennes, toute la masse de la tumeur, faisant suivre cette ablation d'un grattage et de cautérisation galvanique. Après quelques jours, le malade quitte notre maison de santé. Malgré mes instantes recommandations de revenir de temps en temps, je ne le revis plus qu'au bout de six mois, notablement aggravé. Il nous raconte que depuis ce temps, il s'est fait soigner par le docteur Cassioni, de Vérone, médecin-spécialiste de l'hôpital de cette ville, qui était d'accord avec nous sur le diagnostic d'*épithéliome*.

Au laryngoscope, on trouve une récidive de la tumeur, avec tous les caractères observés la première fois. Nouvelle opération

que nous avons répétée deux fois et encore plus radicalement. Rapide cicatrisation. La voix est devenue presque normale. Disparition de la douleur et des autres symptômes.

Jusqu'à l'heure actuelle, près de quatre ans après la dernière opération, le malade se trouve très bien, sans la plus petite menace de récurrence du néoplasme laryngien.

ons. II. — Prof. P. A. G., prêtre du Tarcento (province de Udine), âgé de 66 ans. Au commencement de l'année 1902, le docteur Braun, de Trieste, l'avait examiné pour un enrouement accompagné d'un léger degré de sténose respiratoire. Notre collègue avait enlevé un petit morceau d'une tumeur qu'il avait rencontrée dans le larynx. L'examen microscopique fut fait à l'Institut d'anatomie pathologique de l'Université de Turin, par les soins de son médecin, le docteur Bortolatti, chef de l'hôpital civil, comme nous attestent deux lettres en date du 10 avril et 4^{er} mai 1902.

Le résultat de ces recherches histologiques affirma le diagnostic d'*épithéliome*. Ainsi, le malade vint adressé chez nous pour une opération radicale (laryngectomie ?).

Le 6 mai de la même année, nous rencontrâmes dans le larynx, une volumineuse tumeur à surface végétante, rougeâtre, ulcérée en quelques points, insérée à droite du larynx qui arrivait à boucher plus de la moitié de la cavité en suivant les déplacements des mouvements respiratoires. La muqueuse tout autour était tuméfiée. Au côté gauche, à part d'une légère rougeur, rien de spécial. La voix presque éteinte. Respiration difficile. Amaigrissement. Moral abattu.

Séance tenante, nous enlevâmes d'un seul coup toute la masse néoplastique en entraînant avec elle une portion de la muqueuse saine du point d'insertion. Curettage et cautérisation complètent l'opération. L'examen microscopique répété par nous a confirmé le diagnostic de *cancer*.

Peu de jours après, le malade quitte notre maison de santé. La voix basse, la respiration tout à fait libre, le moral relevé. A la place de la corde vocale détruite, s'est formé un tissu cicatriciel, capable de la remplacer peu à peu dans ses fonctions phonatoires.

La guérison persiste depuis vingt mois, bien que le malade, pendant ce temps, ait eu une forte attaque de fièvre

grippale avec complication du côté des voies aériennes supérieures.

Ces deux nouvelles observations confirment les conclusions de notre premier travail et viennent à point en ce moment, où une vraie bataille s'est engagée sur cette question si importante (voir la réponse de Sir Felix Semon à MM. Le Bec et Réal, *Ann. mal. oreilles*, etc., 12, 1903), entre les partisans de la laryngectomie et ceux de la thyrotomie.

En effet, nos cas, réunis à beaucoup d'autres de ce genre, doivent mettre en sérieuse discussion aussi, la méthode endolaryngienne qui, dans bien des circonstances, et dans certaines conditions spéciales, donnent des excellents résultats.

Chez nos malades, le diagnostic est établi par la clinique et l'examen microscopique. La guérison jusqu'à présent est complète et nous espérons pouvoir l'affirmer aussi pour l'avenir. Ainsi le résultat obtenu par nous, démontre une fois de plus la supériorité de la méthode endolaryngienne sur les méthodes de laryngectomie et de thyrotomie, bien entendu quand on se trouve dans ces conditions bien caractérisées connues dans la clinique et décrites dans notre précédent travail, conditions que nous croyons inutiles de répéter ici.

La valeur de l'opération endolaryngienne est incontestable ; et doit être appréciée aussi par ceux qui, dans leur scepticisme, n'admettent pas qu'une méthode si simple puisse compter des succès.

La mutilation d'un organe si indispensable à la vie est absurde, inadmissible, quand on pense que la main d'un spécialiste expérimenté peut l'éviter, en mettant les malades à l'abri des conséquences graves d'une opération de grande chirurgie.

Les mêmes reproches peuvent s'adresser à la thyrotomie qui, quoique à un moindre degré, peut avoir des conséquences sérieuses et constituer une opération non proportionnée aux caractères présentés par le cancer.

Il est bien entendu que, pour obtenir un bon résultat, il est

nécessaire d'établir avec précision les conditions qui nous autorisent à opérer le cancer du larynx par les voies naturelles. Sinon nos tentatives deviennent une arme dangereuse en provoquant l'irritation de la région malade, en rendant plus facile la diffusion de la néoplasie. Voilà pourquoi, aux conditions favorables dans lesquelles la tumeur est observée en clinique, doivent se joindre l'expérience et l'habileté dont fera preuve le spécialiste dans le maniement des instruments laryngiens.

Le triomphe de la méthode endolaryngienne comme toute autre opération, est démontré par la durée de la guérison. Pour cela nous promettons à nos lecteurs de revenir sur ce sujet, espérant que le résultat, aujourd'hui favorable pour nos malades, puisse être tel aussi dans plusieurs années, espérant aussi enrichir notre statistique de cas nouveaux.

V

SUR UN CAS DE DOUBLE MASTOÏDITE DE BEZOLD.
OPÉRATION. GUERISON

Par **Eliseo V. SEGURA**,

Professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine
de Buenos-Ayres

Francisco N., homme de 65 ans, se présente à ma consultation de l'hôpital San Roque, le 8 avril 1902, pour une tuméfaction douloureuse de la partie latérale supérieure gauche du cou, rendant difficiles les mouvements de rotation de la tête. Cette manifestation datant de huit jours est consécutive à une maladie générale fébrile (influenza ?).

Rien de particulier dans ses antécédents tant héréditaires qu'individuels.

A l'examen on constate, au niveau de l'insertion mastoïde de l'externo-cléide, une tuméfaction prononcée qui se dirige un peu vers le bas dans la direction du muscle et envahit la partie supérieure de la région mastoïdienne avec son point culminant situé immédiatement au-dessous du sommet de l'apophyse.

La pression exercée de haut en bas provoque une sensation douloureuse au niveau de l'antre et s'accroît peu à peu pour devenir intolérable à la pointe de l'apophyse et dans la première portion du muscle externo-cléido-mastoïdien.

L'examen otoscopique révèle une chute prononcée de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif qui ne laisse voir qu'une partie de la membrane du tympan épaissie et légèrement vascularisée.

Il n'y a pas de pus et le malade manifeste n'en avoir noté en aucun moment ; il déclare également qu'il n'a pas éprouvé de fortes douleurs dans l'oreille, mais seulement une gêne légère les premiers jours.

En dépit de cela et malgré l'intégrité apparente de l'oreille

moyenne l'on peut, dès le premier moment, penser à l'existence d'une mastoïdite de Bezold en tenant compte des circonstances suivantes : localisation de l'affection ; le fait de n'être pas occasionnée par un engorgement ganglionnaire ; l'intégrité de la parotide ; la marche des accidents et enfin l'âge du malade.

Cependant comme ni l'état local, ni l'état général n'imposent une intervention d'urgence, le malade est laissé en état d'observation immédiate, avec ordonnance de repos absolu et d'applications chaudes locales.

Du 9 au 10 avril, la situation ne se modifie pas sensiblement ; l'état général du malade est bon ; sa température atteint à peine, 37°,5 ; par contre, l'on constate une légère augmentation de la tuméfaction du cou et aussi de la douleur, plus forte qu'au début.

11 avril. — Dans les premières heures de la nuit précédente le malade a commencé à se plaindre d'une céphalalgie intense qui a persisté jusqu'au moment de la consultation et lui a fait passer la nuit sans dormir.

L'état local n'a pas subi de modification apparente.

Température 37°,6 ; pas de vomissements ni de vertiges.

Urine sans albumine.

Comme il existe chez le malade un état saburral, un purgatif lui est prescrit.

12 avril. — La céphalalgie augmente et se montre continue ; la température un peu plus élevée, 38° ; l'état général moins bon.

D'autre part, comme l'état local ne s'est en rien modifié, on décide d'opérer immédiatement.

Après avoir préparé le malade, je procède à l'opération avec l'aide de mes deux distingués collègues, les D^{rs} Rojo et Gordillo.

Incision rétro-auriculaire de la base de l'apophyse jusqu'à la première portion de l'externo-cléide autant qu'il est nécessaire pour comprendre toute la région affectée.

L'apophyse ayant été dénudée la corticale apparaît vascularisée, mais sans points visibles d'ostéite.

L'ancre est ouvert au ciseau et au marteau.

Il est rempli de pus et se continue vers le bas avec une apophyse de grandes dimensions et par la disparition des cloisons intercellulaires, il s'est converti en une seule et vaste cavité.

Après avoir extirpé toute la corticale on découvre le trajet par où le pus a franchi la mastoïde. On voit qu'il s'est fait passage par la rainure digastrique et qu'il s'est dirigé dans deux directions : vers en bas en suivant l'externo-cléide et en arrière des muscles de la nuque, quoique sur une moindre extension, formant ainsi ce que nous pourrions appeler un abcès bifurqué.

Au cours de l'opération qui est faite radicalement, on reconnaît que le sinus latéral s'est dénudé spontanément, ainsi qu'une petite portion de la dure-mère, au niveau de la fosse cérébrale moyenne.

Comme dans les examens antérieurs aucun désordre n'avait été rencontré dans la caisse et que, d'autre part, le conduit tympano-mastoïde se présentait sain d'aspect, et, en apparence oblitéré, l'intervention de ce côté ne fut pas poussée plus loin croyant inutile, nuisible même, de rétablir la communication entre la cavité tympanique et la cavité mastoïdienne.

Pour terminer, il fut fait un minutieux râclage de toute la cavité en prenant soin d'éliminer tous les tissus nécrosés tant les osseux que les mous, en comprenant dans ces derniers une bonne partie des fibres terminales de l'externo-cléido-mastoïde ; enfin on procède au tamponnement avec gaze iodoformée, laissant la plaie largement ouverte.

13 avril. — Température : 37,03. Le malade a bien toléré le chloroforme ; sa céphalalgie a presque entièrement disparu ; son état est tranquille.

15 avril. — On lève le pansement ; la plaie présente un aspect satisfaisant.

Par la suite tout allait bien, les pansements se faisaient tous les deux jours, la plaie suivait une voie de franche cicatrisation et, l'état général était parfait quand, du 22 au 23 du même mois, une réaction fébrile intense se produisit portant rapidement la température à 39° avec accompagnement de frissons, maux de tête, etc.

En changeant le pansement on note que les bords de la plaie sont rouges et tuméfiés et que la tuméfaction gagne même la peau saine ; le fond conserve son bon aspect antérieur, toute la superficie osseuse se montrant couverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Comme l'état général de notre malade nous fait penser à la possibilité de quelque complication grave intra-crânienne, nous procédons à un minutieux examen qui ne nous révèle, heureusement, rien dans ce sens.

Nous faisons un pansement rigoureusement antiseptique et attendons.

Le jour suivant, 24, on change le pansement et nous pouvons confirmer l'existence d'un érysipèle qui a déjà envahi partie du pavillon et du cou, complication que nous n'avions jamais observée dans notre service.

On établit le traitement indiqué (fomentations de bichlorure de mercure, pommade d'ichtyol, etc.) moyennant quoi on obtient heureusement de modifier la situation en un temps relativement court, mais non sans qu'il résulte un retard dans la cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire qui n'est complète que deux mois après l'opération.

L'histoire de notre malade ne termine pas là. Peu de jours avant celui fixé pour abandonner l'hôpital et retourner à son foyer, guéri et content, il a le malheur de contracter un coryza et un catarrhe naso-pharyngien aigus qui déterminent rapidement une otite moyenne purulente très intense du côté droit.

On ordonne des instillations boriquées, chaudes, dans le conduit et d'abondantes applications de pommade borico-mentholée dans la narine afin de modifier l'état de la muqueuse naso-pharyngienne, cause de l'affection auriculaire.

15 juin. — Après deux jours de fortes douleurs qui s'étendent jusqu'à l'apophyse et ne cèdent à rien, l'existence du pus ayant été constatée dans la caisse, il est procédé à une ample paracentèse suivie d'un abondant lavage de la cavité tympanique qui donne lieu à la sortie d'une bonne quantité de pus crémeux.

Dès ce moment, une copieuse suppuration s'établit, avec persistance et même accentuation des douleurs mastoïdiennes qui se propagent à plus de 3 centimètres en arrière du sillon rétro-auriculaire.

17 juin. — L'écoulement continue abondant, la perforation du tympan reste bien ouverte ; les lavages de la caisse sont répétés. Apophyse mastoïde toujours très douloureuse. Céphalalgie. Inappétence.

19 juin. — La suppuration de l'oreille moyenne est moins abondante ; les symptômes mastoïdiens persistent et l'on peut noter une légère tuméfaction des parties molles.

Température 37°,6 ; même traitement.

20 juin. — Caisse presque sèche ; conduit congestionné, conservant sa forme normale. La tuméfaction de la région mastoïdienne est plus accentuée, en particulier, au niveau de la pointe, où la pression provoque de fortes douleurs.

21 juin. — Comme, malgré tous les moyens employés, l'affection continue son cours, le moment d'intervenir chirurgicalement est arrivé et l'on procède le même jour à l'opération, comme cela est d'usage dans mon service. Grande incision rétro-auriculaire, prolongée jusqu'en dessous de la pointe mastoïdienne.

La corticale est vascularisée et comme criblée de petits points

obscur ; l'ouverture faite au ciseau et au marteau, une abondante quantité de pus s'écoule laissant une grande cavité qui se continue jusqu'en dessous du sinus latéral qui fait relief.

L'exploration au stylet permet de reconnaître une petite perforation osseuse située sur la face interne de l'apophyse. C'est par là que le pus commence déjà à s'infiltrer dans la gaine de l'externo-cléide.

Réséction totale de la mastoïde, curettage minutieux et pansement avec gaze iodoformée laissant la plaie ouverte.

24 juin. — Le pansement est changé ; la plaie a bon aspect. Etat général bon. Température 37°,3.

26 juin. — Température normale ; caisse sèche, perforation tympanique petite ; bon aspect de la plaie.

Dans la suite, les pansements se font régulièrement chaque deux ou trois jours sans qu'on ait lieu d'observer aucun accident digne de mention jusqu'à l'obtention d'une complète cicatrisation, dont la marche cette fois est beaucoup plus rapide qu'elle ne l'avait été du côté gauche.

A la sortie de l'hôpital, le malade conserve une bonne audition bilatérale qui, d'après lui, n'est en rien inférieure à ce qu'elle était auparavant.

..

La mastoïdite « de Bezold », considérée il y a peu de temps encore, comme une affection extrêmement rare l'est beaucoup moins aujourd'hui, grâce sans doute à ce que l'observation des malades se fait actuellement mieux qu'autrefois, et en même temps grâce à la connaissance que l'on a acquise de cette forme de mastoïdite depuis l'époque (1881) où Bezold publia son premier travail la concernant, et en fit une étude complète qui mérita d'y attacher son nom.

De nos jours, les cas publiés sont assez nombreux, pour qu'un de plus n'y ajoutât pas beaucoup d'intérêt par lui-même, si ce n'est par les circonstances spéciales qui l'ont accompagné et le rendent digne de quelques considérations.

Au premier abord, le diagnostic d'une mastoïdite de Bezold, du côté gauche, s'offrait chez notre malade dans des conditions difficiles et je crois que, sans l'heureuse coïncidence d'un cas

analogue observé peu de jours auparavant, le doute se serait maintenu quelque temps dans notre esprit.

Il est commun que cette forme de mastoïdite se présente comme complication de ces otites moyennes, purulentes aiguës à suppuration abondante dans lesquelles, dès le premier moment, la mastoïde est compromise. Du fait que cet organe est très pneumatique, il résulte que la cavité suppurante est grande et, en même temps que la quantité de pus qui s'écoule par la perforation tympanique est considérable, comme cela a été observé du côté droit de notre malade.

Du côté gauche, il n'avait existé, en aucun moment, d'écoulement de pus par le conduit, et le premier examen otoscopique nous révélant que l'oreille moyenne était libre de suppuration, l'on devait accepter l'idée d'une mastoïdite d'emblée, dans laquelle l'infection avait passé directement de la trompe d'Eustache à l'antre et à l'apophyse, ce qui constitue une exception.

Pour expliquer comment la caisse du tympan s'est vue libre d'infection, tandis qu'il existait une abondante suppuration de la mastoïde, nous devrions accepter l'une de ces deux alternatives : ou la caisse était divisée en deux par une cloison complète qui isolait absolument la partie supérieure de l'inférieure ; ou bien, dès le premier moment, il s'était produit une oblitération complète du conduit tympano-mastoïdien ayant converti l'apophyse en une cavité close.

La première circonstance s'observe quelquefois, mais presque toujours aussi comme conséquence d'anciennes affections exsudatives de la caisse, ayant laissé de grandes adhérences dont l'effet se traduit par des troubles profonds de l'audition. Du moment que chez notre malade cette fonction n'était pas altérée, nous croyons que nous ne nous trouvons pas dans le premier cas.

La seconde hypothèse est certainement la vraie ; l'infection s'est faite directement de la trompe à l'antre, sans affecter outre mesure la caisse du tympan et celle-ci, en admettant le cas, a évolué rapidement vers la guérison. Dès le commencement, les deux cavités s'étant isolées par oblitération de l'*aditus ad antrum*, les germes septiques se développèrent unique-

ment dans la mastoïde ; mais ceci accepté, l'attention est appelée tout aussitôt sur l'absence des phénomènes de cavité close. On se l'explique seulement par le peu de résistance qu'aurait offert à l'écoulement du pus la paroi interne de la mastoïde, perforée dès le premier moment, avant que les phénomènes de rétention eussent été manifestes, puisque le malade n'a jamais ressenti de grandes douleurs de l'antre et de l'apophyse, et que les souffrances ont toujours été localisées au niveau de l'insertion du muscle externo-cléido-mastoïdien.

Force est aussi d'admettre l'extrême minceur de cette paroi et peut-être l'existence de déhiscences, pour comprendre comment il se fait que le sinus latéral se trouvant découvert, le pus ne se soit pas infiltré entre la dure-mère et la paroi crânienne, pour former ainsi un vaste abcès extra-dural.

C'est également une observation à faire que, lorsque les apophyses chez les vieux sont pneumatiques, les plus grandes cellules occupent la pointe et que de toutes les parois c'est l'interne habituellement la plus mince. A ce sujet, nous reproduisons les conclusions énoncées par Depoutre dans sa thèse inaugurale soutenue en 1901, devant la Faculté de Médecine de Paris sur « L'OREILLE SÉNILE », thèse où il étudie cinquante-quatre temporaux de vieux. Ces conclusions, d'autre part, concordent avec nos nombreuses observations personnelles.

« Ce qui distingue ces apophyses (chez les vieux), dit cet auteur, c'est : 1° la grande dimension des cellules surtout à la pointe ; 2° l'épaisseur de la corticale externe : chez la plupart des vieux, même ceux ayant les apophyses pneumatiques, la corticale externe est épaissie et éburnée dans beaucoup de cas 10 à 12 millimètres et l'on peut accepter une moyenne de 7 à 14 millimètres. »

Chez notre malade, cette condition anatomique est évidente ; ses apophyses étaient extrêmement pneumatiques et la paroi interne ne devait offrir aucune résistance, puisque dès le premier moment le pus suivit cette voie, pour former l'abcès cervical des deux côtés.

Dans le cas du côté gauche, nous pouvions être dans le doute quant au temps de son évolution, mais non dans le cas de droite, dont le cadre clinique s'est développé tout entier

sous nos yeux. En état de pleine santé, notre malade voit se déclarer une violente otite moyenne purulente, consécutive à une affection naso-pharyngée. On traite avec promptitude et énergie l'affection de l'oreille moyenne, mais l'on ne parvient pas à dominer la marche envahissante de l'infection ; la mastoïde avait été prise dès le premier moment et, malgré notre intervention bienfaisante sur la caisse, l'infection continue à évoluer pour son compte à l'intérieur de celle-ci, pour se terminer de la manière qu'on sait.

Cette fois aussi, il se produisit une oblitération du conduit tympano-mastoidien ; la caisse accessible au traitement guérit en peu de jours et l'on obtint la *restitutio ad integrum*.

Mais en même temps la mastoïde se convertissait en cavité close et l'infection continuant sa marche, perforait l'une des parois. C'est alors qu'il devint nécessaire de recourir à une large intervention chirurgicale pour délivrer le malade des graves dangers qui le menaçaient.

RECUEIL DE FAITS

I

SYPHILOME SOUS-GLOTTIQUE

Par Marcel LERMOYER

M. K..., âgé de 40 ans, exerce au marché de P..., une profession qui exige de lui divers abus, en particulier celui de la parole. Vers la fin d'octobre 1902, il s'enroua peu à peu, ce qui ne l'étonna point, attendu qu'il se savait professionnellement destiné à cet inconvénient. Naturellement, on lui prescrivit des Eaux-Bonnes en boisson, des gargarismes d'eau boriquée, toutes choses dont le succès fut nul. La dysphonie n'en continuait pas moins à s'accroître. Quelques mois plus tard, il commença à s'inquiéter en voyant sa respiration s'embarrasser à son tour : son médecin pensa qu'il pouvait avoir, en même temps, un peu d'emphysème pulmonaire ; et, sur les conseils d'un laryngologiste, qui reconnut une laryngite chronique, une saison au Mont-Dore lui fut prescrite.

M. K..., accusa, dans la suite, ces eaux d'avoir aggravé son état ; ce qui était faux, attendu que leur effet fut simplement nul. En tous cas, à son retour d'Auvergne, il était absolument aphone, et ne pouvait marcher un peu vite, encore moins monter un escalier, sans étouffer ; enfin, des crises de suffocation spontanées vinrent bientôt troubler son sommeil et l'effrayer tout à fait.

Tel fut le récit qu'il me fit d'une voix soufflée, accompagnée d'un sonore cornage laryngé, quand, pour la première fois, il vint me voir, le 17 octobre 1903, un an environ après le début de sa maladie. Il était amaigri et paraissait profondément affecté.

Pour expliquer ces symptômes, je trouvai une lésion strictement limitée à la sous-glotte (*fig. 1*). Celle-ci était réduite à une courte et étroite fente antéro-postérieure, par suite d'une tuméfaction de ses parois latérales et postérieure: infiltration rose pâle, froide, charnue, dure. Aucune ulcération, aucune fongosité, pas de pus. Les cordes vocales semblaient saines, mais comme immobilisées par l'empatement sous-jacent.

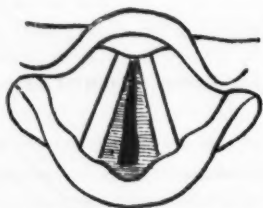


Fig. 1. 17 octobre

Donc, rien de plus facile que de déterminer le siège de la lésion : mais, en revanche, rien de plus difficile que de définir sa nature. Or, toutes les fois qu'on est embarrassé dans un diagnostic, la chose la plus simple, à mon avis, est d'admettre provisoirement la syphilis. Comme d'usage, le malade n'ait toute infection de ce genre ; n'importe : je lui donnai à choisir, pour le jour même, entre une trachéotomie ou une injection intramusculaire d'huile grise ; il préféra cette dernière. Je lui prescrivis donc une injection hebdomadaire de huit à dix gouttes d'huile grise, plus 6 grammes quotidiens d'iodure de potassium ; en même temps que, par une contre-lettre, j'avertissais son médecin de se tenir prêt à faire la trachéotomie à la première alerte.

Le 24 novembre, le malade avait subi cinq injections et absorbé 200 grammes environ d'iodure. Il revint me voir ; d'une voix presque claire et qui ne cornait plus, il me dit que l'effet de la première piqûre avait été merveilleux ; elle lui avait presque immédiatement rendu la liberté de sa respiration. Actuellement, les crises de suffocation nocturne avaient cessé, la dys-

pnée d'effort était devenue presque nulle ; et, en manière d'expérience, il avait gravi mon escalier sans gêne.

Au laryngoscope : grande amélioration' (fig. 2). Sur les côtés il y avait encore deux petites bandes sous-glottiques, peu saillantes, débordant un peu en dedans le bord des cordes pendant la respiration profonde : mais l'infiltration postérieure avait disparu. Les cordes semblaient se mouvoir sans difficultés.

Le 23 décembre, dernière visite. Le malade avait encore reçu deux injections mercurielles ; mais il avait dû cesser l'iodure depuis trois semaines en raison de troubles digestifs. Il avait retrouvé sa voix normale, respirait parfaitement et s'était remis sans fatigue à son métier. Le miroir me montra un larynx absolument normal (fig. 3).

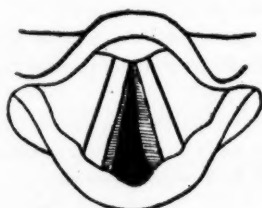


Fig 2. 24 Novembre

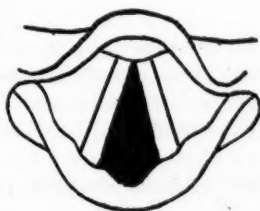


Fig 3. 23 Décembre

Ce jour-là, je pus affirmer en toute certitude, au patient et à son médecin qu'il s'agissait non point d'une laryngite chronique, mais d'un syphilome sous-glottique, guéri par résolution. Mais l'assurance de mes interlocuteurs diminuait à mesure que la mienne grandissait : maintenant le malade croyait se rappeler avoir eu, vers l'âge de 17 ans, une érosion indolente du pénis, qui avait duré deux mois : et son médecin me raconta que, deux ans avant, il lui avait guéri un sarcocèle double par des frictions mercurielles.

Faut-il une morale à cette simple histoire ?... Ricord disait sur son lit de mort : « On m'a fait le reproche d'avoir vu partout la vérole ; moi, je me repens, au contraire, de ne pas l'avoir assez souvent reconnue ».

II

TROMBO-PHLEBITE SUPPUREE DU SINUS CAVERNEUX D'ORIGINE AURICULAIRE SANS THROMBO-PHLEBITE SUPPUREE DES SINUS PERIPÉTREUX ET SANS RECHAUFFEMENT APPARENT DE L'OTITE

Par **E. LOMBARD**,

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

La thrombo-phlébite du sinus caverneux ne compte pas parmi les complications endocrâniennes les plus fréquentes des suppurations auriculaires.

Les difficultés du diagnostic, dues en partie à la voie suivie par l'infection et aussi à l'ignorance de la suppuration auriculaire, paraissent accumulées dans l'observation suivante :

R... Eugène, 35 ans, entre à l'hôpital Tenon⁽¹⁾, le 14 avril 1903, pour des accès de fièvre qu'il considère comme un réveil de paludisme contracté à la Guyane. Voici d'ailleurs ses antécédents :

Rien à noter jusqu'à l'âge de 22 ans : il a séjourné en Savoie et en Suisse et n'a jamais été malade.

Incorporé, en 1890, au 3^e régiment d'infanterie coloniale en garnison à Toulon, il y reste dix-huit mois environ. Il part en Guyane en juin 1891. Un mois après son arrivée à Cayenne première attaque de paludisme, après plusieurs sorties dans la brousse et aux environs des marais qui avoisinent la ville.

Il entre alors à l'hôpital de Saint-Laurent de Maroni (fin août 1891) et y fait un séjour de un mois.

Sorti de l'hôpital dans le courant de septembre, il va à Saint-Louis où il contracte la dysenterie.

(1) Nous devons la première partie de cette observation à l'obligeance de M. le Dr Jeanselme, médecin de l'Hôpital Tenon.

Deux mois après, il part en détachement à la Forestière, poste très malsain, et au bout de huit jours on l'évacuait sur l'hôpital de Saint-Jean de Maroni où il resta de trois semaines à un mois. C'était donc sa deuxième attaque de fièvres.

On note ensuite un séjour de six mois à Saint-Laurent de Maroni : pas d'accès ; seulement quelques atteintes de dysenterie.

Enfin, il revient à Cayenne, fait partie de plusieurs détachements, a de fréquents accès de fièvres (sept à huit), mais peu graves, et le malade ne peut dire au juste quand ils se sont produits.

Puis séjour de huit mois à Fort-de-France. Pas de maladie, mais anémie profonde qui motive un refus de rengagement.

Son retour en France date de 1899, c'est-à-dire de quatre ans et demi. Depuis, il a eu au moins une douzaine d'accès, mais tout à fait bénins, soit à Paris, soit en Savoie.

Les symptômes actuels datent du 1^{er} avril 1903. Le malade est courbaturé et son malaise augmente de jour en jour. Le 6, apparaissent des accès de fièvre assez réguliers d'abord, vers cinq heures du matin et six heures du soir, puis, ils sont devenus plus irréguliers et le malade n'a pas souvenance de l'heure à laquelle ils se sont produits.

Vers le 8 ou le 9, se manifestent, en même temps, de nombreux bouquets d'herpès sur tout le pourtour de l'orifice buccal, sur le lobule, les ailes et le vestibule du nez sur le bord libre de la paupière supérieure et l'angle externe de l'œil.

On pense à une pneumonie, mais le malade n'a pas de points de côté, ne tousse pas, crache très peu et à l'auscultation on ne trouve rien. Il est admis à l'hôpital le 11 avril. A son arrivée, la prostration est complète, la céphalée intense, le teint pâle, terreux, le regard vague, la langue sèche. La température qui présente de grandes oscillations monte à 40° pendant les accès. *A la percussion, on trouve la rate augmentée de volume.*

On fait prendre au malade 50 centigrammes d'antipyrine et 50 centigrammes de sulfate de quinine. La fièvre cède.

Le 12. — La température est à 37°,8. On donne encore 50 centigrammes de sulfate de quinine et la même quantité d'antipyrine.

Le 13. — Il y a même de l'hypothermie, le matin, la température est seulement de 36°,6. Mais, dans la matinée, le malade a des frissons, la température s'élève ; on administre 1 gramme de sulfate de quinine à une heure de l'après-midi et néanmoins, le soir, le thermomètre indique 40°,6.

Le 14. — La température tombe à $37^{\circ},2$ le matin. On donne 1 gramme de quinine à une heure de l'après-midi, et, le soir, la température est encore à $40^{\circ},1$.

Le 15. — Au matin, le thermomètre indique $38^{\circ},4$, à une heure de l'après-midi on donne 1 gramme de quinine et la température est de $39^{\circ},4$ à quatre heures, de $40^{\circ},4$ à sept heures, et retombe à 38° à dix heures. Elle s'abaisse encore.

Le 16. — A une heure du matin, elle est de $37^{\circ},8$, et de $37^{\circ},4$ à quatre heures du matin. Elle remonte encore, à sept heures, elle est de $38^{\circ},6$. En même temps, apparaît une démangeaison très vive sur tout le corps, et un érythème ortié des plus typiques siégeant aux bras mais surtout aux membres inférieurs et à la partie inférieure du tronc. A noter cependant qu'il n'est pas dermatographique.

A dix heures du matin, la température est de $40^{\circ},0$. On remarque, ce jour-là, un œdème localisé de la paupière droite ; le globe oculaire est très sensible à la pression et fait saillie. Les mouvements de l'œil sont toutefois conservés. La pupille, de diamètre normal, est déformée et ne réagit pas à la lumière. La vision est troublée, le malade a un brouillard devant l'œil droit, mais il peut discerner et compter les doigts à 1 mètre de distance. 1 gramme de quinine à midi.

L'érythème disparaît vers une heure de l'après-midi. A ce moment la fièvre atteint à $40^{\circ},2$; à quatre heures, elle s'est abaissée encore à $38^{\circ},4$ et, à sept heures, à $37^{\circ},6$. Mais elle remonte à 38° vers dix heures du soir.

Le 17. — A une heure du matin, la température s'élève à $38^{\circ},6$, à quatre heures, à $40^{\circ},5$, mais retombe à 40° à sept heures et 38° à dix heures. En même temps, apparaît une nouvelle poussée d'érythème qui persiste de neuf heures à dix heures du matin. En outre, la saillie du globe oculaire a considérablement augmentée. La paupière supérieure est très tuméfiée, d'un rose violacé ; entre elle et la paupière inférieure existe un gros bourrelet rempli de sérosité citrine, c'est un chémosis considérable. Le malade distingue encore les doigts, mais la vision est troublée. Sur la racine du nez et la région sus-orbitaire du côté correspondant à l'œil malade : plusieurs saillies allongées de coloration rose. On pense qu'il s'agit d'une infiltration érysipéatoïde occupant uniquement le derme. La moindre pression au niveau de ces saillies est très douloureuse.

Pas de ganglions pré-auriculaires, de ganglions sous-maxillaires ni de ganglions le long de la chaîne carotidienne.

Il n'existe aucun signe de tumeur cérébrale. Hier encore, alors

que la saillie oculaire était moindre, il n'y avait pas de strabisme. Il n'y a d'ailleurs pas de déviation de la face et de la langue, d'affaiblissement d'aucun membre, de vomissements, de raideur de la nuque, de signe de Kernig. Les réflexes rotuliens sont même presque abolis ; la céphalée est modérée.

En présence de ces symptômes oculaires le malade est transporté dans le service de M. le Dr Morax, à l'hôpital Lariboisière.

Après examen et pensant à une infection du sinus frontal et de l'ethmoïde avec complication orbitaire, notre collègue nous prie d'examiner le malade qui est transporté dans le service de M. le Dr Sebileau.

Même état que la veille du côté du globe oculaire. Il est immobile. Même œdème palpébral et conjonctival. Œdème de la région frontale correspondante descendant sur la racine du nez avec traînées rougeâtres et livides qui nous paraissent correspondre au trajet des veines frontales.

Nous interrogeons le malade : aucun antécédent sinusal. L'examen du nez est absolument négatif, toutefois nous notons une tête de cornet moyen hypertrophiée.

Nous émettons alors cette opinion, qu'il s'agit bien plutôt d'une thrombo-phlébite du sinus caveux et que les accès intermittents, pour lesquels le malade est entré à Tenon, n'ont rien à voir avec le paludisme. Il s'agirait de fièvre intermittente symptomatique ; mais quel est le point de départ de l'infection ? Il n'y a aucune manifestation nasale et probablement aucune manifestation sinusienne. Nous examinons les oreilles sur lesquelles le malade n'a, à aucun moment, attiré l'attention. *A droite, du même côté que les lésions oculaires*, suppuration ancienne de la caisse. Pas d'écoulement, mais sécrétion fétide remplissant le fond du conduit et derrière cette sécrétion nous découvrons une vaste destruction de la membrane dont ce qui reste est épaissi et cicatriciel. Le fond de caisse est rouge, suintant, sans fongosités ni épaississement notable de la muqueuse. D'ailleurs, la mastoïde n'est pas douloureuse à la pression, il n'y a nulle part d'œdème. Pas de cordon dur au cou, pas de ganglions.

Le malade interrogé, avec peine, car il ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose, nous dit que son oreille a suppuré dans l'enfance, mais qu'il n'en a jamais souffert, même dans ces derniers jours. Nous décidons, en l'absence de tout symptôme mastoïdien de vérifier le sinus frontal incriminé. Trépanation exploratrice : sinus frontal, de moyenne dimension et absolument sain. Dans la soirée le malade délire, la fièvre remonte à 40°,5. Il

y a de l'agitation ; de la raideur de la nuque apparaît, des vomissements ; le syndrome méningitique se complète ; l'œil du côté opposé, devient saillant le lendemain, en même temps que l'œdème gagne la paupière de ce côté ; il n'y a plus de rémission matinale et le malade succombe, dans le coma, le 23 avril. L'extension des symptômes au côté gauche (œdème palpébral et protusion du globe), ainsi que l'apparition des signes méningitiques rendaient inutile toute intervention sur l'oreille.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne on trouve tout d'abord les lésions habituelles de la suppuration des méninges ; lésions surtout localisées à la base et du côté droit ; trainées de pus dans la scissure de Sylvius ; véritable lac purulent au niveau du confluent central.

Le sinus latéral droit est intact ainsi que les sinus pétreux supérieur et inférieur, du moins dans leurs deux tiers externes.

Le sinus caverneux de ce côté est rempli de pus. Caillot purulent dans le sinus coronaire gagnant le sinus caverneux du côté opposé qui est thrombosé. La veine ophthalmique du côté droit est thrombosée jusque dans l'orbite et le thrombus est suppuré sur une longueur de 2 centimètres.

La caisse est ouverte ; on trouve les lésions d'une ancienne otite suppurée, mais sans grands dégâts. Il n'y a nulle part un foyer d'ostéite de notable importance. On y trouve du pus liquide, un peu fétide, en très petite quantité. Les osselets ne sont pas détruits, sauf le manche du marteau qui est érodé. Ils sont adhérents à la caisse et entre eux, les têtes englobées dans du tissu de cicatrice.

L'autre est agrandi sans pus — les cellules mastoïdiennes sont intactes. La paroi antérieure du rocher ne présente pas d'ostéite et le plexus péricarotidien aucune trace de suppuration.

Aucune lésion dans la caisse du côté opposé. Aucune lésion du sinus sphénoïdal de l'ethmoïde ou du sinus maxillaire.

*
* *

Voilà donc une thrombo-phlébite du sinus caverneux survenue sans réchauffement apparent d'une otorrhée tolérée depuis l'enfance.

La seule dissection ne nous permet pas de saisir l'étape intermédiaire entre le pus qui remplit la caisse et le sinus infecté. Pas d'ostéite profonde, pas de phlébite du sinus latéral

ou de la jugulaire au golfe. Et cependant, il n'y a guère de doute que l'oreille ne puisse être incriminée. Il est à présumer que les agents infectieux ont été transportés au sinus par la voie des petits vaisseaux sans y laisser de traces macroscopiquement appréciables de leur passage.

Autre fait des plus intéressants. Du 11 au 16 avril, soit pendant cinq jours, on pense au paludisme. L'histoire du malade était bien faite pour tromper. Les accès de fièvre, les frissons devaient certes immédiatement aiguiller le diagnostic sur quelque manifestation du paludisme, toutefois un peu déconcertante. Il a fallu l'apparition de l'œdème palpébral et conjonctival pour orienter les recherches vers une lésion intracrânienne probablement suppurée, mais dont le point de départ et la véritable nature restaient encore ignorés.

I. — MUCOCÈLE ETHMOÏDALE A FORME ET A DÉVELOPPEMENT TOUT A FAIT INSOLITES

Par **GUIZEZ** ⁽¹⁾

Assistant adjoint d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôpital Saint-Antoine.

Les cas de mucocèle ethmoïdale ne sont point très rares maintenant que l'on commence à mieux connaître la pathologie de cet os. Il nous a paru néanmoins intéressant de relater cette observation, où la mucocèle est remarquable par son volume, son siège. Nous nous sommes livrés à certaines recherches pathogéniques et thérapeutiques et il nous a semblé à ce sujet que certains points n'avaient pas été fixés d'une façon suffisamment précise par les différents auteurs.

OBSERVATION. — Femme, âgée de 49 ans, blanchisseuse, que nous avons opérée il y a environ quatre mois à l'hôpital Lariboisière. Lorsqu'elle se présente à nous, elle porte une fistule siégeant vers l'angle interne de l'orbite gauche à 1/2 centimètre en dedans de la caroncule lacrymale. Cette fistule repose sur une sorte de tumeur légèrement acuminée. La pression en cet endroit fait sortir une sorte de liquide filant, visqueux, de couleur brun jaunâtre. La sécrétion n'est point très abondante et ce n'est que de temps à autre qu'il sort du liquide sous l'influence de la pression ou de l'acte de se moucher.

La malade nous apprend que depuis trois ans elle porte cette tumeur de l'orbite gauche. Au commencement de l'année 1900, à la suite d'un traumatisme sur le front (?) elle a commencé à remarquer que la paupière supérieure enflait vers la partie interne.

(1) Communication à la Société Parisienne de laryngologie; séance du 13 novembre 1903.

En même temps apparaissait dans cette région une sorte de douleur sourde augmentant sous certaines influences, par la position déclive de la tête, au moment de la fatigue. Quelquefois également des battements et élancements empêchaient la malade de dormir.

Vers la fin de la journée elle se plaignait de ne plus voir clair de l'œil correspondant. Jamais elle n'a observé de conjonctivite. L'épiphora a commencé vers la fin de l'année 1900.

Du côté de l'œil droit, rien de particulier.

En mars 1901, elle va consulter le Dr Valude aux Quinze-Vingt, pour sa tumeur orbitaire et pour l'affaiblissement progressif de la vision à gauche.

Le Dr Valude pratique au bistouri une ouverture d'environ 2 centimètres sur le point culminant de la tumeur. Cette incision, dont la malade porte encore les traces au moment où elle vient nous consulter, donne issue à un liquide clair, filant, assez abondant.

Le résultat immédiat de cette intervention est la disparition complète de la douleur sourde dont nous avons parlé plus haut et le retour de la vision à l'état normal.

Un drain est laissé pendant quelques jours vers la partie inférieure de la plaie. Toutefois, malgré plusieurs pansements antiseptiques, la plaie n'a aucune tendance à se cicatriser et la malade étant retournée voir M. Valude en juillet dernier, celui-ci l'adresse à la consultation otolaryngologique à l'hôpital Lariboisière. C'est là que nous l'avons vue et opérée, grâce à l'obligeance du Dr Sebileau.

Lorsque la malade vient consulter, elle présente une sorte de tumeur acuminée du grand angle de l'œil gauche, au sommet de laquelle existe une fistule. Cette tumeur est molle, peu fluctuante et pas douloureuse au palper. Un stylet flexible en argent pénètre dans la fistule très profondément à plus de 2 centimètres sans la sensation d'aucune résistance. Transversalement on semble rejoindre l'orbite du côté opposé et le stylet s'enfonce de 3 centimètres dans cette direction. En haut, il est rapidement arrêté; en bas, il pénètre également à 2 centimètres environ.

L'examen des fosses nasales nous montre une légère déviation de la partie supérieure de la cloison vers la droite, de sorte que la fosse nasale semble élargie dans sa partie supérieure. Cette portion est occupée par une masse non rétractile sous l'influence de la cocaïne et qui nous apparaît comme un très volumineux cornet moyen. Nulle part de trace de pus ou de sécrétion spéciale.

La malade, du reste, ne mouche que très peu et jamais, à aucun moment, elle n'a eu d'écoulement purulent par la fosse nasale. Extérieurement, on constate un léger élargissement de la base du nez, un peu plus marqué à gauche. L'œil n'est point dévié. Actuellement, il n'existe aucune amblyopie ni diplopie. Les sinus frontaux et maxillaires s'éclairent normalement. On remarque une zone obscure vers la racine du nez.

Opération le 3 août 1903.

Anesthésie chloroformique. Incision commençant au $\frac{1}{3}$ interne de l'arcade orbitaire passant par la fistule et descendant en bas à un centimètre au-dessous du grand angle interne de l'œil. Rugination de l'os. Décollement en dehors du sac lacrymal. Il est aisé de défoncer l'os qui est d'une minceur et d'une friabilité toute spéciale et bientôt avançant à l'aide de la pince gouge vers la ligne médiane et guidé par le stylet, nous mettons à découvert une vaste cavité mesurant environ 3 centimètres dans tous les sens. La limite supérieure atteint en haut les arcades orbitaires supérieures, en bas, le bord inférieur des orbites. Elle ressemble par sa forme, sa situation et sa dimension, à une sorte de cavité orbitaire située entre les deux autres. Elle est remplie d'un liquide visqueux, brun jaunâtre, riche en cholestérine comme l'est la plupart du temps le liquide des mucocèles. Nous avons réséqué la plus grande partie de la paroi antérieure. Il nous a été très facile de ménager la poulie du grand oblique qui dans ce cas se trouvait en haut et en dehors de la tumeur. En aucun endroit nous n'avons trouvé de communication avec la fosse nasale. Puis après curettage et rugination soigneuse de toute la face interne de la paroi osseuse, attouchement au chlorure de zinc au $\frac{1}{10}$, nous suturons en partie en laissant un drain à l'angle inférieur de la plaie.

Les pansements des jours suivants ont consisté en badigeonnages de l'intérieur de la cavité à l'aide de teinture d'iode.

Le drain est laissé en place pendant dix jours pour surveiller toute récurrence.

Au début et pendant trois à quatre jours il s'est produit un écoulement très abondant de liquide filant et visqueux.

Au douzième jour, le suintement n'existe pour ainsi dire plus, et la guérison complète est survenue au seizième jour.

16 novembre 1903. — Actuellement, la malade est tout à fait guérie sans déformation et avec peu de cicatrice. On ne constate aucun trouble oculaire, aucune diplopie, le grand oblique n'ayant été intéressé à aucun moment de l'intervention.

Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue : il s'agit là d'un fait de très volumineuse mucocèle ethmoïdale, et en parcourant les publications à ce sujet, nous n'avons point trouvé de cas analogue.

La mucocèle ethmoïdale est en effet une tumeur dont le volume total dépasse rarement celui d'un haricot.

Comment s'est produite cette volumineuse tumeur kystique ? Il est vraisemblable d'admettre que la formation a demandé de nombreuses années et que le début en remonte à la toute jeunesse de la malade. A ce moment et à la suite de poussées inflammatoires successives, il s'est fait une oblitération de l'une des cellules ethmoïdales.

L'oblitération de l'orifice cellulaire n'est point un fait congénital, cela serait contraire aux idées que nous nous faisons du développement des cellules ethmoïdales.

Les cellules ethmoïdales ne sont en effet qu'un prolongement des cavités nasales. Leur muqueuse a une structure analogue à celle des fosses nasales. La sécrétion à l'intérieur des cellules ethmoïdales doit être assez abondante étant donnée la richesse en glandes de la muqueuse qui les tapisse. Mais elle est constamment rejetée au dehors par l'action de l'épithélium cilié. Cette quantité de liquide doit être encore accrue s'il y a du cataracte, de l'inflammation de la muqueuse. Celle-ci s'altère, sécrète un produit pathologique et étant donnée l'oblitération de l'orifice d'évacuation, la mucocèle se trouve ainsi constituée. Dans le cas qui nous occupe, cette cellule ainsi distendue s'est développée aux dépens des voisines et a envahi une grande partie de l'ethmoïde. Elle n'a pas tardé à se développer du côté des fosses nasales et de l'orbite gauche. C'est elle qui constituait la tumeur orbitaire après rupture de la paroi osseuse amincie.

Une seule cellule a contribué à la formation de cette mucocèle quelque volumineuse qu'elle nous paraisse.

On ne peut pour la formation de cette cavité invoquer en effet un processus nécrotique. Il s'agit d'un fait uniquement de distension et non de nécrose cellulaire comme dans le cas de l'empyème.

Sur quoi peut-on se baser pour dire que l'on a bien affaire à

une tumeur de l'ethmoïde et non point à une mucocèle du frontal avec prolongement vers l'ethmoïde et des fosses nasales. — C'est tout d'abord la situation médiane de la tumeur qui n'empiète pas du tout sur le frontal. Elle devrait, si elle était partie du frontal, présenter la portion constante de tout sinus frontal au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. Or, nous n'avons trouvé aucun prolongement de la cavité dans cette direction.

En outre, l'éclairage après guérison nous a révélé la présence de deux zones claires, à droite, à gauche de la portion supérieure de la tumeur opérée, correspondant vraisemblablement aux deux sinus frontaux sains.

Cette localisation précise de la mucocèle n'a plus du reste une grande valeur, aujourd'hui que l'on sait d'après le développement que les cavités frontales ne sont autre chose que des cellules ethmoïdales qui ont dédoublé les deux lames du frontal (Killian et Hermann).

Aux dépens de quelles cellules ethmoïdales cette cavité s'est-elle formée, cela importe peu et est très difficile à déterminer; il est vraisemblable d'admettre que c'est aux dépens d'une des cellules ethmoïdales antérieures du groupe préfrontal.

Les deux canaux frontaux doivent être refoulés en dehors et en arrière.

Au point de vue de l'intervention, une opération par voie externe s'imposait. Cette voie est indiscutable dans le cas de mucocèle fistuleuse ou à évolution orbitaire.

On n'est autorisé à tenter l'opération par les fosses nasales que dans le cas de mucocèle faisant saillie uniquement dans ces cavités, dans la mucocèle de la bulle par exemple. Dans ce cas, il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'un pois au maximum et on l'extirpe facilement à l'aide d'un serre-nœud.

La petite tumeur est abordée aisément par la narine et on en obtient la guérison par la suppression totale de sa cavité. Nous avons opéré deux fois des mucocèles de la bulle et dans les deux cas la guérison a été rapidement obtenue par ce procédé. — S'il reste quelques débris cellulaires après l'extirpation à l'anse, la pince de Grünwald avec ses différentes courbures et inclinaisons peut en débarrasser facilement les fosses nasales.

Dans tous les autres cas, lorsque la mucocèle ne fait point une saillie uniquement dans la fosse nasale, lorsqu'elle fait tumeur au dehors, il faut opérer par voie externe.

Il ne s'agit pas seulement dans cette intervention d'évacuer le liquide au dehors par une simple incision, mais il faut encore détruire la paroi muqueuse sécrétrice du kyste pour en éviter la récurrence. Aussi on doit ruginer la paroi avec soin et cautériser au chlorure de zinc ce qui a pu échapper.

Une question également se pose comme dans l'intervention de toute cavité périnasale, doit-on la faire communiquer avec le nez? Nous ne le croyons pas.

Il est une règle absolue lorsque l'on opère par voie externe, c'est de n'établir aucune communication avec le nez, de tout sinus frontal ou ethmoïdal qui n'est point ouvert au préalable dans les fosses nasales. En l'ouvrant dans le nez, on risque de la faire suppurer. Surtout lorsque, comme dans le cas qui nous occupe, on a affaire à une très grande cavité. Il se produit en effet une sorte de diverticule, d'espace mort où l'air et les mucosités pourront stagner.

La communication nasale n'est permise que si l'on peut espérer par une résection très complète de la paroi antérieure obtenir une guérison par accolement direct de la peau à la paroi profonde. C'est là le principe de l'opération de Kunht.

Or, cette façon de faire n'est admissible que dans le cas de petite ou de moyenne cavité de la mucocèle où la déformation ne peut pas être très marquée.

Dans le cas de grande cavité comme dans celui que nous avons opéré, il vaut mieux réséquer une partie de la paroi antérieure et drainer après avoir cureté soigneusement les parois de la mucocèle. On peut ainsi pendant plusieurs jours, et aussi longtemps qu'on le désire, surveiller toute récurrence et l'on est autorisé à laisser fermer alors seulement que le liquide kystique ne se reproduit plus.

Notre malade a guéri par cette pratique avec le minimum de déformation et de cicatrice. Nous pensons que c'est là la meilleure façon de procéder dans le cas de mucocèle ethmoïdale volumineuse. La suture immédiate avec ou sans drainage par le nez ne convient qu'aux cas où l'on peut espérer l'accoulement

exact de la peau et de la paroi profonde osseuse de l'ethmoïde.

C'est cette façon de faire que nous avons employée dans un cas de mucocèle opérée par nous dans le service du D^r Le Dentu en juillet 1901. Il s'agissait d'un cas de mucocèle prise pendant longtemps pour une dacryocystite fistuleuse. La cavité totale ne dépassait pas le volume d'une noisette. Nous avons pu obtenir une guérison par première intention après résection de la totalité de la paroi antérieure.

Dans la mucocèle il n'y a point évidemment à redouter, comme dans l'empyème, de fusée purulente d'infection dangereuse, mais à craindre la récurrence, le liquide se reproduisant avec la plus grande facilité.

II. — SINUSITE MAXILLAIRE DUE A UNE ECTOPIE DENTAIRE

OBSERVATION. — Malade, âgée de 30 ans, qui est venue nous consulter chez nous, pour un écoulement purulent très abondant de la fosse nasale gauche. Il existe une fistule dentaire au niveau de l'alvéole aux lieu et place de la première grosse molaire qui a été arrachée. De cette fistule s'écoule de temps à autre du pus dans la bouche. Une seule grosse molaire reste de ce côté et cependant, au dire de la malade, une seule dent a été arrachée.

Le début de l'affection qui l'amène nous consulter est le suivant : En juin 1902, elle a commencé à souffrir dans la région des grosses molaires supérieures gauches. Fluxions dentaires survinrent à plusieurs reprises avec douleurs très violentes. La première grosse molaire est extraite le 13 juillet 1902.

Loin d'être calmée par cette intervention, les douleurs ont redoublé les jours suivants. De plus, la cicatrisation de l'alvéole ne s'est pas faite régulièrement et une fistule dentaire est restée à la place même de la dent extraite. Le pus qui sort de cette fistule est gris jaunâtre et très fétide. De temps à autre survient du gonflement de la joue avec œdème atteignant parfois la paupière inférieure.

Néanmoins, la malade continua à moucher normalement jusqu'en août dernier. A cette époque, à la suite d'un coryza apparut

du gonflement et des douleurs très marqués dans la joue et bientôt un écoulement purulent très abondant par la fosse nasale droite. Cet écoulement était très marqué surtout le matin et la malade avait à ce moment de la cacosmie subjective très nette. De temps à autre redoublement de la sécrétion purulente et véritables crises douloureuses dans toute la région du maxillaire gauche.

Au point de vue de l'état général, la malade, qui jouissait d'une bonne santé habituelle, a maigri un peu dans ces derniers temps et est devenue très neurasthénique.

Rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

L'examen de la bouche nous fait constater au lieu et place de la première molaire l'existence d'un trajet fistuleux d'où, par la pression, sort du pus jaunâtre, fétide. Il existe deux petites molaires et une seule grosse molaire tout à fait en arrière qui vraisemblablement semble être la dent de sagesse. Le stylet introduit dans la fistule s'enfonce à 1/2 centimètre et gratte sur une portion d'os cariée. Cette exploration est douloureuse.

L'examen du nez révèle un état polypoïde du méat moyen avec pus dans toute cette région. A l'éclairage par transparence, opacité de la région maxillaire gauche et obscurité de la pupille correspondante. Rien au frontal.

L'éclairage après lavage ne fait point constater de différence dans l'opacité. Il ne nous a point été possible de rechercher le signe de capacité (Mahu) à cause de l'indocilité de la malade.

Nous pratiquons successivement six lavages du sinus par le méat inférieur. La solution employée était de l'eau oxygénée à 12 volumes mêlée de 1/2 d'eau boriquée. L'écoulement de pus par le nez et l'alvéole ne semblent aucunement modifié. De temps à autre, pendant les quelques semaines qu'a duré ce traitement par les lavages surviennent des poussées douloureuses dans le maxillaire supérieur et dans les derniers temps des douleurs sus-orbitaires qui nous font craindre l'envahissement du sinus frontal.

Nous conseillons une intervention radicale qui est pratiquée le 2 août 1903.

Opération de Luc. — Incision gingivale et large ouverture de la paroi antérieure du sinus maxillaire. Nous tombons bientôt sur un paquet de fongosités et immédiatement au dedans, dans l'intérieur du sinus, sur une grosse molaire. La couronne de cette dent était libre dans le sinus, faisait saillie au niveau du point de jonction du plancher et de la paroi antéro-externe. Les racines

s'implantaient en partie dans l'alvéole, en partie dans le plancher même du sinus. La dent avait donc subi dans sa direction, une sorte de rotation. Cette dent était cariée à l'union du collet et des racines. Pour la libérer, il a été nécessaire de réséquer une portion du rebord alvéolaire et de la voûte palatine. La suture de la gencive qui termine l'opération de Luc s'est trouvée de par là même assez difficile, bien que nous ayons mobilisé et décollé le plus loin possible la fibro-muqueuse palatine.

Détamponnement le troisième jour après l'intervention. Lavage du sinus par la fosse nasale à partir du cinquième jour.

Le sixième jour, nous apercevons qu'un des points de suture a cédé, n'étant point soutenu par un plan osseux suffisant.

Pendant quelques semaines, on note la persistance d'une légère fistule buccale. L'écoulement purulent et la cacosmie subjective ont complètement disparu depuis l'intervention. Aucune poussée douloureuse ne s'est reproduite. Quant à la fistule palato-gingivale, elle s'est cicatrisée petit à petit à l'aide de cautérisations ou galvanocautie et du crayon de nitrate d'argent, et actuellement elle est complètement fermée.

Cette sinusite semble bien avoir reconnu comme cause la carie de la molaire incluse dans le sinus. C'était plutôt un empyème. L'examen de la dent nous montre que l'on a affaire à la 2^e grosse molaire avec ses trois racines.

Le diagnostic de la cause d'un pareil empyème avant l'intervention n'était point facile à déterminer. Il est vrai qu'une grosse molaire manquait à la mâchoire supérieure, alors que le nombre de dents était normal du côté opposé. Mais il était toujours possible de penser à une évolution retardée de la dent de sagesse, d'autant que l'on se trouvait en présence d'une malade jeune encore.

Les anomalies de situation et d'évolution des dents ne sont point rares. Les molaires sont, avec les canines, les dents le plus fréquemment frappées d'hétérotopie.

On peut rencontrer des dents implantées dans les fosses nasales ou dans des cavités plus ou moins éloignées de la bouche.

Toutefois en recherchant à propos du cas que nous avons observé, nous n'en avons trouvé que deux analogues.

Dans l'un, publié par Liaras : (*Revue hebdomad. des maladies des oreilles, nez, larynx*), il s'agissait d'une sinusite maxillaire avec éruption d'une grosse molaire au niveau de la paroi orbitaire du sinus.

Dans l'autre, Saint-Hilaire, en 1896 (*Archiv. de laryng.*), a observé, au cours des recherches cadavériques, l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse dans le sinus maxillaire.

Par quel mécanisme s'est produite cette ectopie dentaire. On sait que le *follicule dentaire* se forme primitivement par un bourgeonnement épithélial émané de la muqueuse buccale et plongeant dans le tissu embryonnaire (mésodermique) des mâchoires. Dans tous les cas, le cordon qui réunit la *lame dentaire* à l'*organe adamantin* est flexueux, plus ou moins spiroïde; d'où la théorie du déplacement et même de la migration folliculaire, le cordon pouvant se diriger anormalement.

La production de l'empyème maxillaire dans le cas de carie d'une dent incluse dans le sinus se conçoit aisément. Mais les choses peuvent dans certains cas se passer d'une façon un peu plus complexe. On sait que la présence d'un follicule dentaire émigré dans une région voisine des mâchoires, ou né par genèse directe sur un point quelconque du corps s'accompagne ordinairement de phénomènes secondaires : les kystes hétérotopiques du follicule n'ont pas d'autre cause. Dans le cas présent il s'est peut-être formé primitivement un kyste intrasinusal et l'empyème peut être due à l'inflammation et la transformation purulente de ce kyste.

IV

UN CAS DE PARALYSIE RECURRENTIELLE BILATERALE PAR ECTASIE AORTIQUE

Par **L. REVOL**, interne des hôpitaux de Lyon.

Les observations publiées sur ce sujet sont rares.

Deygas, dans sa *thèse* de Lyon 1902, parmi les 30 cas qu'il cite de paralysie double des récurrents, n'en a que 5 dont la cause ait été une ectasie aortique ; 4 publiés par divers auteurs allemands, le 5^e observé par le Dr Monisset, médecin des hôpitaux de Lyon. Depuis cette thèse, il n'y a pas eu, à notre connaissance, de nouveaux cas publiés.

D'ailleurs la disposition anatomique des récurrents explique aisément la rareté de la paralysie double par anévrysme de l'aorte : il faut en effet pour que cette paralysie existe, ou bien que le sac anévrysmal soit assez volumineux pour atteindre le récurrent droit ; ou bien que le processus ectasique s'étende non seulement à l'aorte, mais au tronc brachio-céphalique et à la sous-clariève du côté droit.

Le malade dont nous publions aujourd'hui l'observation est entré le 10 juillet dernier, salle saint Maurice, dans le service de notre maître, M. le Dr Garel, médecin de l'Hôtel-Dieu.

C'est un homme de 58 ans, Jean Antoine M... exerçant la profession de matelassier.

Rien d'important à signaler dans les antécédents héréditaires.

Le malade est manifestement éthylique ; dans sa jeunesse il était gros fumeur ; il n'a pas eu la syphilis. Il est marié, père de trois enfants bien portants ; deux autres sont morts, l'un à sa naissance, le second à l'âge de un an de méningite.

Parmi les antécédents morbides du malade, nous signalerons la grippe et une poussée de rhumatisme il y a une quinzaine

d'années ; une pleurésie gauche remontant à 10 ans environ, une névralgie intercostale du même côté vers la même époque.

A l'âge de 17 ans, notre malade a commencé à être sujet à des crises d'oppression, très violentes, survenant à intervalles variables, et qui semblaient être de la pseudo-angine de poitrine due au tabac : à l'âge de 45 ans ces crises ont disparu, au moment où le malade a cessé de fumer.

Enfin, il y a une douzaine d'années le malade a eu une laryngite aiguë ayant duré environ six semaines.

L'affection actuelle a commencé à se manifester, quatre mois environ avant l'entrée à l'hôpital, par des douleurs très violentes dans tout le côté droit. Ces douleurs, aussi fortes le jour que la nuit, et que ne modifiaient ni la respiration, ni la toux, ont duré environ trente jours.

A ce moment, il y aurait donc environ trois mois, apparaît un nouveau symptôme : le malade se réveille un beau matin absolument incapable de parler : sans s'en apercevoir, pendant la nuit, il avait fait sa paralysie.

Depuis l'aphonie a persisté avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, sans qu'il soit possible de déterminer d'une façon précise, comme cela peut se faire quelquefois, à quel moment la seconde corde s'est paralysée.

Jamais d'accès de suffocation.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu avec un bon état général : à son dire, il aurait pourtant un peu maigri.

L'examen du poumon révèle une inspiration rude, une expiration prolongée et légèrement soufflante, avec de nombreux ronchus disséminés, prédominants aux bases et sous l'aisselle du côté gauche. La fosse sus-épineuse du côté droit est un peu affaissée ; à ce niveau il existe quelques légers signes d'induration.

L'expectoration est séro-muqueuse, peu abondante.

La toux, assez fréquente, est éteinte, voilée, sans caractère aboyant.

La voix est également éteinte, enrourée, mais non bitonale.

Il n'y a pas de dyspnée : on remarque seulement, lorsque le malade parle, une pseudo-dyspnée qui est due à la dépense d'air exagérée qu'il est obligé de faire pour parler, au coulage de l'air phonatoire comme l'appelle Ziemssen. Dès que le malade cesse de causer, sa respiration redevient parfaitement normale.

Il n'existe pas de signe d'Olivier : tout au plus trouve-t-on une très légère secousse qui ne se produit qu'une fois, au moment même où l'on soulève le cricoïde.

Du côté du cœur rien de particulier : l'inspection ne révèle aucun foyer de battements : la matité cardiaque est sensiblement normale ; la pointe bat dans le sixième espace, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire. A l'auscultation : pas de souffles, tout au plus faudrait-il signaler un peu de rudesse du premier bruit aortique.

Rien du côté des vaisseaux du cou.

Le pouls est régulier à 88 ; les radiales sont légèrement dures et sinueuses ; la tension paraît plutôt faible. Les pouls radiaux sont parfaitement synchrones : le synchronisme existe également entre les pouls radiaux et fémoraux.

Les fonctions digestives s'effectuent d'une façon satisfaisante. Le malade se plaint seulement d'une sensation d'arrêt des aliments au niveau de la région moyenne du thorax. Cette sensation persiste quelquefois plusieurs heures.

Le malade n'a pourtant jamais eu ni régurgitations, ni vomissements.

Rien à signaler du côté de l'abdomen : Foie et rate normaux.

Quelque difficulté à la miction qui est un peu lente et fréquente. Les urines sont parfaitement limpides, de coloration claire ; elles ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Le système nerveux ne présente rien de bien particulier : les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, surtout du côté droit ; il n'y a pas de troubles visuels : légère exophtalmie qui aurait toujours existé : surdité de l'oreille droite due à une perforation accidentelle du tympan.

L'examen laryngoscopique, pratiqué à plusieurs reprises, a montré les faits suivants :

Les cordes sont immobilisées en position cadavérique. La glotte est constamment ouverte : elle se présente sous la forme d'un triangle très allongé à bords légèrement curvilignes, dont la largeur maxima est d'environ 3 millimètres.

Pendant que le malade respire, on voit de très légers mouvements d'adduction et d'abduction des cordes qui sont dus au passage de l'air inspiré et expiré.

Pendant la phonation : la glotte interligamenteuse garde toujours le même aspect, la glotte intercartilagineuse se ferme légèrement.

Il n'existe pas de battements laryngés.

L'examen radioscopique a été pratiqué à deux reprises par M. le Dr Destot, chargé du service radiographique des hôpitaux de Lyon. Les deux fois il a constaté sur l'écran une ombre allon-

gée transversalement au-dessus du cœur et dépassant à droite le bord du sternum. A l'examen oblique on se rend compte que cette ombre occupe le médiastin antérieur ; le médiastin postérieur apparaît avec sa clarté habituelle.

Les poumons sont clairs, sauf le sommet du poumon droit qui est légèrement plus foncé. Le cœur a son aspect ordinaire. M. Destot conclut à l'existence d'une dilatation cylindrique de l'aorte qui occuperait la portion ascendante et la portion horizontale de la crosse.

Cette constatation acquiert une grosse valeur en l'absence d'une vérification nécropsique et supplée en quelque sorte à cette dernière autant qu'on peut la remplacer.

Notre malade présente donc le tableau complet de la paralysie bilatérale des récurrents ; nous avons chez lui la triade fonctionnelle consistant en aphonie, absence de dyspnée, et coulage de l'air phonatoire ; l'examen laryngoscopique affirme d'ailleurs d'une façon indubitable l'existence de la double paralysie.

Celle-ci, comme toujours, s'est faite d'une façon brusque et en deux temps ; nous n'avons pu retrouver d'une façon précise à quel moment s'était faite la seconde paralysie ; notre malade n'a pas présenté nettement les deux étapes que l'on observe quelque fois ; voix bitonale d'abord, puis aphonie. En tous cas la paralysie s'est bien faite en deux temps, témoin l'absence de la suffocation qui n'aurait pas manqué de se produire si les deux cordes prises simultanément s'étaient trouvées toutes deux en même temps en position médiane.

Mais le fait important qui ressort de notre observation et que nous voudrions mettre en évidence, c'est la difficulté de diagnostiquer, non pas la paralysie double des récurrents, mais la cause de cette paralysie. Chez notre malade, il n'existe aucun signe net qui permette de poser un diagnostic ferme. Après son examen on ne peut dire qu'une seule chose ; c'est que ses deux récurrents sont paralysés, et qu'il doit par conséquent exister sur leur trajet une cause de compression. Mais quelle est la nature de cette compression, rien ne permet de le dire ; on en est réduit à faire toutes les hypothèses sur les causes

aussi nombreuses que variées de compression des récurrents. C'est dans ces cas que la radioscopie est d'un secours réellement précieux, et qu'il ne faut jamais négliger de l'employer.

Sans aller jusqu'à dire que ce moyen d'investigation est capable de suppléer à la clinique et de trancher tout différent dans les cas analogues au notre; il faut reconnaître pourtant qu'il est souvent un auxiliaire précieux de la clinique, et que pour notre malade, en particulier, il a été véritablement le seul à nous donner un résultat et à nous montrer la cause de la paralysie ⁽¹⁾.

(1) Le malade dont nous publions l'observation est mort le 26 janvier, dans son domicile. L'autopsie n'a pas pu être pratiquée; mais les renseignements que nous avons eu permettent presque à coup sûr de vérifier notre diagnostic. L'état général était resté sensiblement stationnaire; le malade se plaignait surtout de douleurs thoraciques extrêmement violentes. Dans les cinq ou six derniers jours, et à plusieurs reprises, il eut de légères hémoptysies, de sang tantôt franchement rouge, tantôt plus foncé; on connaît la valeur si importante de ces hémoptysies comme signe précurseur de la rupture d'un anévrisme thoracique.

Puis, brusquement au milieu de la nuit, après une violente quinte de toux, le malade a succombé en rejetant une grande quantité de sang rutilant, un litre environ.

Ce fut en somme le tableau classique de la mort par rupture d'un sac anévrisimal. Et la fin de notre malade était la preuve presque certaine et irréfutable du diagnostic que nous avions porté six mois auparavant grâce à la seule radioscopie.

ANALYSES

I. — OREILLES

Les affections de l'oreille moyenne dans la tuberculose, par Robert LÉVY Colorado (*The laryngoscope*, mai 1903).

On peut concevoir *a priori* deux classes de faits distincts se rapportant à ce sujet. On peut concevoir des lésions tuberculeuses primitives de l'oreille chez un sujet dont tous les autres appareils sont sains, ou bien des lésions auriculaires chez un sujet tuberculeux.

La tuberculose primitive de l'oreille semble se voir de préférence chez les enfants ; elle s'accompagne quelquefois de caries étendues et de nécrose et relève alors de la tuberculose osseuse. — Elle est rare au Colorado ; et dans tous les cas d'allure bénigne et sans lésions osseuses étendues.

Les lésions auriculaires chez les tuberculeux sont difficiles à interpréter. On peut voir chez eux ou bien l'otite moyenne catarrhale, ou bien l'otite moyenne chronique suppurée. (L'auteur ne parle pas de l'otite moyenne aiguë qui peut évidemment se voir chez un tuberculeux comme chez tout autre sujet.)

La première forme ne devient jamais tuberculeuse, quoique Wingrave ait signalé des bacilles tuberculeux dans un cas d'otite moyenne chronique non suppurée.

Dans la seconde forme, on peut trouver des bacilles tuberculeux dans l'écoulement ; mais l'auteur n'est pas du tout convaincu que ces bacilles aient eu un rôle actif dans la genèse de l'affection. Se basant sur ce qu'ils peuvent être absents au début de l'écoulement pour n'être décelés qu'ultérieurement, sur leur irrégularité comme fréquence et comme nombre dans la même catégorie de cas ou même dans le même cas, il pense qu'ils ne sont là qu'accidentellement au milieu d'autres microbes. Ils seraient entraînés dans l'oreille à travers la trompe d'Eustache, le cavum étant infecté soit par les crachats, soit par les éléments lymphoïdes (tuberculose larvée des amygdales).

Mais l'aspect clinique est assez net pour décrire une otite suppurée des tuberculeux.

Cette otite apparaît généralement chez des sujets dont les poumons sont déjà atteints.

Mais contrairement à une croyance assez commune, elle apparaît souvent dès le début de l'affection pulmonaire. En outre, elle peut apparaître quand les symptômes généraux de tuberculose ont cessé.

Après un temps variable après le début de l'affection pulmonaire, le patient éprouve dans l'oreille une sensation de plénitude, avec quelques râles secs ou humides. Surdité modérée et bourdonnements variables suivant les cas. Pas de douleur en règle générale; enfin, perforation subite de la membrane avec écoulement d'un liquide blanchâtre peu épais, sans odeur et de très petite quantité, mélange de pus et de sérosité. Cet écoulement peut apparaître non seulement après les symptômes fonctionnels, mais quelquefois une heure après.

Sauf cas exceptionnels, la marche est lente mais régulièrement progressive, la perforation s'agrandit (sans jamais présenter de liseré inflammatoire) au point de ne plus laisser qu'un petit liseré de membrane près du cadre. On peut voir alors la muqueuse rose pâle œdémateuse, baignant dans une quantité minime de sécrétion.

L'écoulement en règle générale est tenace, et si pendant quelques mois il semble s'arrêter, c'est pour reparaitre à la première occasion (froid etc.).

En général, la surdité est et reste modérée (sauf dans les cas rares où il existe des lésions osseuses étendues).

Jamais l'auteur n'a vu une suppuration de cette nature être le point de départ d'une tuberculose miliaire.

Le traitement préventif consistera à surveiller les irrigations nasales, très utiles chez les tuberculeux, mais qui, maladroitement faites, peuvent entraîner les bacilles du nez dans la trompe. Pour cela, on évitera de se moucher pendant l'heure qui suit l'irrigation, et on recommandera de placer la canule dans la narine la plus obstruée.

Le traitement local consistera en irrigations d'oreilles avec une solution de formaline à $\frac{1}{5000}$, à $\frac{1}{2000}$ (solution anti-bacillaire) que l'on fera ressortir en grande partie par la trompe en la désobstruant préalablement par une insufflation si besoin est.

Le traitement général de la tuberculose est indispensable.

H. CABOCHE.

De l'infection septique d'origine otitique chez les nourrissons,
par BARBILLON, médecin de la station de Châtillon-sur-Bagneux
(enfants assistés) (*Rev. mens. des maladies de l'enfance*, novembre 1903).

Dans les nombreuses autopsies de nourrissons que l'auteur a eu l'occasion de pratiquer, ayant examiné systématiquement, depuis deux ans environ, l'état de la caisse du tympan et de ses dépendances, il a pu constater la fréquence véritablement extraordinaire des suppurations de ces régions, alors qu'aucun symptôme ne permettait pendant la vie d'en supposer l'existence. Cette fréquence est telle, qu'il croit pouvoir affirmer que chez un nourrisson mort après avoir passé un certain temps dans un service hospitalier, c'est-à-dire exposé aux dangers que comporte l'agglomération en milieu septique, l'otite moyenne suppurée est la règle, son absence est l'exception.

Dans une première série de quinze décès successifs, treize fois l'autre et la caisse étaient remplis de pus sans perforation du tympan ; dans une seconde série de cinq décès successifs, cinq fois on a retrouvé les mêmes lésions ; enfin, dans une troisième série de 7 cas, six présentaient la suppuration des deux oreilles et dans le septième cas, une seule oreille était infectée. L'auteur possède encore un grand nombre d'autres observations, mais ne se suivant pas en série.

Les petits malades qui nous occupent sont parfois en bon état à leur entrée dans le service, d'autres fois ce sont des avortons ou des prématurés plus ou moins débiles, ou des nouveau-nés ayant souffert du manque de soins, ou ayant eu un allaitement défectueux ou insuffisant. Soit qu'on les mette au biberon ou qu'ils soient confiés à une nourrice, tout marche bien les premiers jours et la pesée accuse une augmentation. Tout à coup, généralement vers le huitième ou dixième jour, parfois plus tôt, souvent plus tard, la scène change brusquement ; l'enfant se met à vomir son lait, la diarrhée jaune ou verte apparaît, il pâlit, sa mine paraît fatiguée. On s'enquiert des causes qui ont pu déterminer un trouble digestif, mais en vain ; le second enfant allaité par la même nourrice ne présente rien d'anormal, ou les autres biberonniers n'ont rien éprouvé.

S'il existe une élévation thermométrique au début, elle est ordinairement suivie d'hypothermie.

Malgré la diète hydrique que l'on institue et malgré les lavages stomacaux et intestinaux, l'état général s'aggrave ; l'enfant perd

rapidement 100, 200 grammes par jour ; il pâlit de plus en plus, tombe dans un état d'apathie profonde, buvant peu ou refusant de boire. Au bout de quatre ou cinq jours, dans les formes les plus graves, l'enfant succombe après avoir perdu 500, 600, 800 grammes de son poids et en état d'algidité progressive.

A l'autopsie, on ne trouve rien ou pas grand'chose du côté du tube digestif, mais si on examine les oreilles, on voit qu'elles sont le siège d'une suppuration abondante le plus souvent. Le pus baigne les osselets et remplit, non seulement la caisse, mais encore l'antre pétro-mastoidien et les parois osseuses sont le siège d'une vascularisation exagérée. Le plus souvent, le tympan a résisté, mais il est néanmoins le siège de lésions profondes : tantôt rouge, œdémateux, épaissi et dépoli ; tantôt, au contraire, il est aminci et sur le point de se rompre ; il bombe fortement dans le conduit. Cette résistance du tympan est intéressante, car elle permet de supposer que la tension du pus dans la caisse n'est pas très considérable, soit que le temps ait manqué pour que la suppuration s'accumule sous pression, soit que la trompe d'Eustache ait conservé sa perméabilité ; aussi, l'écoulement d'oreilles étant rare, ces suppurations sont méconnues pendant la vie. Il n'y a pas de symptôme local qui permette de les reconnaître ou tout au moins de les supposer ; il ne semble pas que la région mastoïdienne soit douloureuse à la pression ; ni rougeur locale, ni gonflement, ni développement exagéré des veines. L'examen du tympan pourrait peut-être fournir des renseignements, mais chez le nouveau-né, le conduit auditif, de dimensions très exigües, est encombré de produits de desquamation épidermique et le tympan est très difficile à apercevoir.

A côté de ces formes rapidement mortelles, on peut en observer d'autres plus trainantes, sujettes à rémissions, à poussées successives et qui peuvent toutefois aboutir à la mort après un temps variable ; d'autres enfin, qui peuvent guérir, et tout rentre dans l'ordre, sans que l'on ait pu faire autre chose que supposer l'infection otitique, à moins qu'un écoulement purulent se soit montré, soit d'un côté, soit des deux côtés.

En présence de la répétition si fréquente de ces états morbides, considérés comme des infections primitives du tube digestif et traités comme tels et qui ne sont que des infections septiques naso-pharyngo-otiques que rien ne pouvait faire supposer pendant la vie, mais dont l'autopsie démontre l'existence, l'auteur est convaincu que l'on a beaucoup trop exagéré l'importance des infections gastro-intestinales du nourrisson.

Le diagnostic de cette infection otique, bien que difficile par suite de l'absence de phénomènes locaux et de la difficulté de l'examen du tympan, pourra cependant être fait par celui qui est prévenu. En effet, tandis que le nourrisson atteint de gastro-entérite est habituellement en proie à une soif intense, dans l'infection otique l'anorexie est profonde, l'enfant boit peu, difficilement, ou refuse même d'une façon absolue d'avaler une gorgée de liquide. Tandis que dans le premier cas, il crie et s'agite violemment, dans le second c'est l'apathie et la dépression des forces qui dominent. Enfin, l'échec des moyens thérapeutiques (diète hydrique, lavages de l'estomac et de l'intestin), si efficaces dans les affections primitives du tube digestif, doivent faire supposer l'existence de cette septicémie à point de départ naso-pharyngo-otique.

M. GRIVOT.

Sur la valeur des exercices acoustiques chez les sourds-muets,
par Ernest VALI (*Monatschrift f. Ohrenheilk*, n° 10, 1903).

Le gouvernement hongrois a chargé M. Vali d'un rapport sur les résultats obtenus par les exercices acoustiques dans l'école de sourds-muets, à Vacz, pendant l'année 1899-1900. De pareils rapports, surtout faits avec le soin de M. Vali, sont rares et très intéressants, vu l'inexpérience dans laquelle on se trouve encore actuellement sur la valeur pratique de l'idée émise par Urbantschitsch et Bezold. Rappelons que le professeur Politzer a exprimé ses doutes sur la valeur de cette méthode au Congrès international de Rome (1894) d'une façon très énergique.

Disons de suite que Vali ne s'associe pas du tout à l'opinion de Politzer, mais ajoutons aussi que d'après son propre rapport, Vali n'apporte pas de preuves pour démentir Politzer. Car malgré la sélection des plus intelligents disciples de l'école pour ces exercices acoustiques, sur trente-trois élèves examinés, neuf ont appris à entendre la voix parlée. Ceci paraît excellent à première vue, mais si l'on analyse en détail les observations ajoutées au rapport, ces 9 cas sont parmi les vingt-cinq disciples qui, avant le commencement des exercices, entendaient des mots et quelques-uns même la conversation à distance de 1 mètre $1/2$. Deux seulement ont appris à répéter des mots, qui avant les exercices n'entendaient que les voyelles. Chez ces deux là, Vali appelle le résultat excellent.

Il nous paraît intéressant d'indiquer aussi la méthode d'après laquelle l'auteur a examiné les enfants, et, si l'on tient compte de

l'état intellectuel des sujets examinés, on croira avec V., que ces examens étaient fatigants et longs.

Les enfants ont d'abord été rhinoscopiés et otoscopiés, les plus grossiers troubles ont été supprimés à l'occasion du premier examen (extraction de bouchon cérumen, corps étranger, obstruction nasale, etc.). L'ouïe a été examinée d'après les indications de Bezold en examinant le pouvoir auditif pour les voyelles, ensuite pour les consonnes et après une pause pour les mots, et enfin pour la parole à la distance de 4 mètres et 1 mètre 1/2. Après avoir fait ces examens par la voix, V. a commencé l'examen par les instruments, la montre d'abord, les diapasons de c (128), d'octave en octave jusqu'à c₁ (2048) pour la perception osseuse et aérienne et dans beaucoup de cas l'acoumètre de Politzer. Enfin, pour provoquer des sons intenses, il s'est servi de sifflets, de sirènes et de cloches, les dernières surtout pour faire indiquer la direction du son.

Nous avons tout lieu de croire que ces exercices ont été consciencieusement faits à l'école de Vacs et si nous demandons quels sont, en général, les résultats obtenus, d'après l'impression de Vali, nous n'avons qu'à nous tenir à ses propres expressions. On ne peut sauver, dans les meilleures conditions que des restants de l'ouïe. Même si l'on continuait pendant des années ces exercices, on ne peut compter sur une bonne audition, ni sur un langage clair. Et en effet, il suffit de consulter le tableau des résultats obtenus, pour voir que généralement le résultat obtenu est que ceux qui entendaient des sons avant les exercices, entendent des mots après un an de travail. Théoriquement c'est beau, mais pratiquement l'effet est certainement au-dessous de ce que l'on attend.

Au cours de son travail, Vali ajoute quelques observations qui ne sont pas en rapport direct avec son objet. Il conseille de commencer ces exercices le plus tôt possible et de ne pas attendre la cinquième ou sixième année du sujet. On pourrait commencer dès la première année. On obtiendra les plus beaux résultats dans la surdimutité survenant après les maladies infectieuses. Vali a trouvé contre Bezold que la surdimutité congénitale n'est pas d'un meilleur pronostic que la surdimutité acquise. Nous avons mentionné déjà que les élèves ont été examinés au point de vue oto-rhino-pharyngoscopique. On a trouvé les maladies courantes de la spécialité; les adénoïdes seulement ont été relativement rares (0,9 % des cas seulement). En tout, sur trente-trois sujets on a trouvé chez vingt-cinq des altérations pathologiques. En ter-

minant, l'auteur dit qu'aujourd'hui c'est l'usage de faire examiner les sourds-muets par des spécialistes, avant d'entreprendre leur enseignement, et il conclut en disant que « si Urbantschitsch et Bezold n'avaient obtenu par l'introduction de l'exercice méthodique de l'ouïe rien d'autre que la vulgarisation de l'usage d'examiner les sourds-muets par des otiatres, leur mérite serait déjà grand ». En sauvant par une thérapeutique spéciale ce qui existe d'une ouïe et en s'opposant à la marche envahissante de la maladie, on obtient encore le plus palpable des résultats.

Avant de terminer cette analyse, nous reproduisons le tableau synoptique des résultats obtenus :

	Avant les exercices	Après les exercices
a) Traces d'ouïe	Chez 10 élèves	
b) Audition pour voyelles . .	» 22 »	Chez 9 élèves
c) » » mots	» 1 »	» 15 »
d) » » la parole		» 9 »

Ce tableau est très séduisant, au cours de l'analyse, nous avons dû faire les réserves qui découlent de la lecture des observations, observations qui, nous le répétons, sont très soigneusement prises.

LAUTMANN.

Le thigenol en otiatric, par Ernest URBANTSCHITSCH (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 4, 1903).

U. a obtenu de très bons résultats par l'emploi du thigenol dans les inflammations de l'oreille moyenne et externe, soit aiguës, soit chroniques. Ce n'est pas un moyen infaillible dans tous les cas, mais il a guéri des cas de suppuration chronique, qui ont résisté aux moyens ordinaires et même des opérations paraissant tout indiquées, ont pu être évitées, surtout la paracentèse du tympan dans plusieurs cas d'otite moyenne aiguë suppurée. Nous ne voulons pas entrer ici dans la description du thigenol, qui du reste est employé depuis longtemps en dermatologie. Voici seulement les prescriptions d'après lesquelles U. emploie le médicament :

a) Thigenol	2,00 à 4,00 grammes
Glycérine	} aa 10 grammes
Alcool	

pour remplacer avec succès la glycérine phéniquée classique.

b) Thigenol	5 grammes
Eau	20 »
Eau distillée	10 »

pour remplacer l'alcool boriqué ou salicylé.

c) Thigenol	5 grammes
Eau oxygénée à 6 ‰	10 à 20 grammes
Alcool	20 à 10 »

dans les cas de suppuration chronique et cholestéatomateuse.

Enfin pour insufflation à la place de l'acide borique pur :

d) Thigenol	1 gramme
Acide borique	10 »

Contre les affections eczémateuses de l'oreille externe, U. se sert de la pommade suivante :

Thigenol	3 à 4 grammes
Lanoline } aa.	10 »
Vaseline }	

U. se déclare très content de ce médicament et espère que le thigenol aura sa place marquée en otologie. Le thigenol diminue la sécrétion, mais comme il agit en cautérisant, il faut surveiller son action. Par le thigenol, on active la résorption des exsudations, on agit par son action anémiant sur le symptôme douleur. En terminant, U. donne le détail des cas chez lesquels il a employé ce médicament. Ce qui est surtout à la louange du thigenol, c'est son innocuité relative, sa manipulation facile (grande solubilité, ne tache pas, etc.), et enfin la modicité de son prix.

LAUTMANN.

Sur l'opération de la labyrinthite, par P. ZAALBERG (*Monatschrift f. Ohrenheilk*, n° 10, 1903).

Dans le travail de Hinsberg, la question de la labyrinthite suppurée au point de vue opératoire a été mise au point. On connaît parfaitement la technique opératoire, les deux accès au labyrinthe, soit en se dirigeant dans la brèche jusqu'au canal horizontal et en ouvrant le vestibule qui se trouve dans le même plan horizontal, soit en entrant par la fenêtre ovale après extraction de l'étrier, s'il existe. Dans les deux cas il faut faire attention au facial. En pratique, il faudra combiner les deux techniques, parce que l'orientation est difficile. Les expériences ne sont pas encore

concluantes pour savoir s'il faut ouvrir ou respecter le limaçon. Quand le vestibule suppure, il y a probabilité que le limaçon est malade également, mais si le vestibule est largement ouvert, le limaçon peut se vider sans qu'on soit forcé de l'ouvrir. Dans le cas qui fait la base de ce travail, l'opérateur s'est dirigé d'après ces règles. Voici l'observation :

OBSERVATION. — M^{lle} A. L., âgée de 20 ans, est atteinte depuis son enfance d'écoulement de l'oreille gauche. Sécrétion abondante, fétide, qui, malgré un traitement conservateur poursuivi depuis un an et demi, ne se tarit pas. En même temps, il existe des vertiges continuels, ce qui décide l'auteur à faire la cure radicale.

On fait, le 9 octobre 1901, la cure radicale classique. Pendant l'opération, sous un coup de marteau même pas trop vigoureux, une partie du canal horizontal s'ébrèche et met à découvert l'intérieur du canal qui paraît normal. Greffe d'après Panse-Körner. Durée de l'opération 1 heure 1/2.

10 octobre. — La malade se plaint de vertiges très intenses ; le lit lui semble tourner, elle croit que sa tête est tirée en arrière constamment. On ne peut pas constater s'il existe du nystagmus horizontal, la malade ferme les yeux à cause des vertiges.

25 octobre. — La malade ne peut pas rester debout, elle tombe à gauche.

23 novembre. — Le vertige avait disparu, la malade venait pour se faire panser à la consultation externe, quand dans la nuit elle tombe à la renverse et vomit. En même temps la sécrétion réapparaît avec douleur dans la région temporale.

10 décembre. — Sécrétion purulente par la brèche. Douleur à la pression sur l'os occipital, temporal, pariétal, céphalée spontanée. On ne pouvait plus nier l'affection du labyrinthe (les vertiges sont intenses). Par le canal ouvert (accidentellement), ou par la fenêtre ovale, la suppuration a sûrement atteint le labyrinthe. La méningite était à craindre.

18 décembre. — On décide l'extirpation du labyrinthe. On avance par l'ancienne brèche jusqu'au sinus transverse qu'on suit en arrière dans la profondeur pour atteindre le canal vertical. On abat le canal horizontal, le tegmen tympani et antri. On pousse la fraise le long du facial et derrière lui dans l'os. L'orientation est très difficile et pour être sûr d'avoir enlevé le canal postérieur et vertical, on enlève tout l'os jusqu'au trou de l'acoustique interne. Enfin, on curette le vestibule par la fenêtre ovale agrandie, mais on ne touche pas au limaçon. On recherche l'exis-

tence d'un abcès cérébelleux, d'un abcès extradural, mais ces régions paraissent intactes. L'opération a duré deux heures, le facial est resté intact.

La malade passe les deux premiers jours très mal, elle est très abattue, a de l'incontinence d'urines, etc. Le troisième jour une notable amélioration se fait dans son état (localement, vessie de glace, etc.).

24 décembre. — La malade se plaint de douleurs dans l'œil gauche, la fente oculaire gauche est élargie, le globe oculaire douloureux à la pression. Epistaxis à gauche. Douleurs dans la région temporale et frontale. On craint une thrombose du sinus.

1902. — La malade commence à aller mieux, mais la céphalée persiste et le pouls est irrégulier, excitable. Pression sur le temporal toujours douloureux. Température 37,8. On s'arrête à l'hypothèse d'un abcès extradural et on décide une nouvelle opération. On fait deux trépanations, on ponctionne le lobe temporal, sans trouver de pus. Narcose : trois quarts d'heure. A la suite de cette opération, l'état de la malade va continuellement en s'améliorant. Elle quitte l'hôpital le 25 mars, sans souffrir, sans montrer de la suppuration auriculaire.

15 avril. — La malade revue ne se plaint de rien, elle n'a pas de vertiges quand elle tient les yeux ouverts. Aussitôt qu'elle les ferme les vertiges paraissent. Dans l'obscurité il en est de même.

LAUTMANN.

Sur le traitement de l'ostéo-périostite de la mastoïde par la chaleur constante, par ALEXANDRE (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, no 9, 1903).

Alexandre a soigné 18 cas de mastoïdite aiguë avec un thermophore spécial, un appareil construit par Ullmann. Ce qui est intéressant dans ces expériences, est le pourcentage relativement grand où la chaleur a été bien supportée (15 sur 18 cas). Le résultat a été parfait dans 8 cas, c'est-à-dire l'inflammation s'est résorbée sous l'action de la chaleur ; dans 7 cas, l'action sur la douleur a été excellente, mais ces cas ont néanmoins dû être opérés. Dans 3 cas seulement, la douleur n'a pas été influencée ou a été augmentée, au contraire. Abstraction faite de l'appareil de Ullmann, l'intérêt de ce travail réside dans la recommandation de l'emploi de la chaleur dans les cas de mastoïdite aiguë, à une époque où il n'y a pas encore de suppuration.

LAUTMANN.

Sur l'obturation de cavités opératoires par la paraffine, par
Ernest URBANTSCHITSCH (*Monatschrift. f. Ohrenheilk.*, n° 49,
1903).

En juillet 1903, Politzer a conseillé d'obturer à l'aide de la paraffine, les cavités formées par l'ouverture de la mastoïde suppurée, pour accélérer ainsi la fermeture de la plaie opératoire. On laisse tomber sur la plaie bourgeonnante de la paraffine liquéfiée, stérilisée, et on ferme par suture la plaie. Cette obturation peut se faire, si l'antre n'a pas été ouvert, huit jours après l'ouverture de la mastoïde.

U. a employé la même méthode, mais dans un but pas tout à fait identique ; il a essayé d'accélérer la formation du tissu bourgeonnant dans 2 cas récalcitrants, sans songer à fermer la plaie opératoire.

Dans la première observation, le Dr N., opéré en janvier 1902 d'une mastoïdite subaiguë, continue à suppurer de la mastoïde et de l'oreille. Malgré un nouveau curettage, l'otorrhée ne guérit pas et le malade se présente en décembre 1902 chez U. Le malade porte une cavité suppurante de la grandeur d'une noisette qui continue à suppurer malgré tous les essais thérapeutiques. Enfin, U. se décide à injecter, le 23 mars 1903, de la paraffine et le 7 avril 1903, toute la cavité est remplacée par un tissu de nouvelle formation, avec fermeture même de la brèche cutanée. Trois mois après, le malade reste guéri, et porte seulement une petite dépression.

Le deuxième cas concerne une demoiselle qui a été opérée d'une mastoïdite le 23 décembre 1902. La convalescence de l'opération est troublée par l'apparition d'une fièvre typhoïde légère. En mars 1903, la plaie opératoire n'était pas encore guérie. Le 16 mars, U. fait une injection de paraffine, et en quinze jours la guérison était si bien établie, qu'on voyait à peine encore la cicatrice de l'opération sur la mastoïde.

Il faut se servir de la paraffine qui fond à 60°. On ne peut pas espérer d'avoir toujours d'aussi beaux résultats que ces deux cas ; même les essais qu'on a faits d'obturer, à l'aide de la paraffine, la plaie opératoire immédiatement après la cure radicale de l'otorrhée, ont échoué jusqu'à présent, mais néanmoins cette méthode mérite d'être essayée, le cas échéant.

LAUTMANN.

Recherches expérimentales et histologiques sur les canaux semi-circulaires, par G. SGOBBO (*Arch. ital. di otolog.*, etc., août 1903, vol. XIV, fasc. 4, p. 417).

L'auteur a repris les expériences de Flourens, de Goltz, de de Cyon, de Lussana, de Fano et Marini, etc., et est arrivé aux résultats suivants qui ne concordent pas tout à fait avec ceux obtenus par ses devanciers.

1° Il n'est pas possible dans la majorité des cas, même avec les précautions les plus minutieuses, de limiter exactement l'effet d'un traumatisme à un point déterminé de l'oreille interne ; car, à moins de ne vouloir faire même la plus légère écorchure à un canal osseux, on lèse le plus souvent le canal membraneux.

2° Les lésions limitées à un seul canal semi-circulaire ne provoquent pas de troubles sensiblement différents selon le canal lésé.

3° Les ampoules subissent presque toujours l'effet du traumatisme, lorsqu'on agit fortement sur les canaux.

4° Les phénomènes passagers décrits dans la plupart des cas ne sont pas dus à une lésion du nerf acoustique, mais doivent être considérés comme des phénomènes d'irritation ; seuls, doivent être regardés comme relevant d'une lésion de l'acoustique, les troubles qui ne diminuent pas d'intensité avec le temps, persistent jusqu'à la mort de l'animal et coïncident, à l'examen histologique, avec une destruction des terminaisons nerveuses des ampoules.

5° Pour obtenir ce dernier résultat, il est absolument nécessaire de faire un traumatisme assez intense sur le canal membraneux, afin qu'il se transmette aux parties plus profondes de l'oreille interne ; aussi la simple ponction ou la simple fissure de la paroi osseuse, même avec issue du liquide périlymphatique, n'est pas capable, en général, de léser définitivement l'organe auditif dans ses régions internes.

M. BOULAY.

Paralysie de plusieurs nerfs cérébraux avec participation spéciale de l'acoustique, par ARONSOHN (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 45, 1903).

Nous avons eu plusieurs fois occasion d'analyser des observations de paralysies des nerfs cérébraux avec participation de l'acoustique. Ce qui retient dans ces observations l'intérêt de l'otologiste est le fait que, pendant que les autres nerfs guérissent

presque toujours dans les lésions périphériques, l'acoustique est seul à ne pas regagner sa fonction. Témoin la nouvelle observation de Aronsohn.

Un homme de 30 ans prend froid et se plaint depuis de douleurs et de gonflement dans la moitié gauche de la face. Le gonflement ne dure pas longtemps, mais peu à peu, il se développe le tableau complet de la paralysie faciale gauche périphérique. En même temps, le malade se plaint de vertiges et de difficulté de mastiquer et de parler. L'oreille gauche est le siège d'un bourdonnement continu et l'ouïe est complètement perdue de ce côté. Huit semaines après le début de l'affection, on peut constater une paralysie faciale périphérique complète, avec réaction de dégénérescence partielle, une sensibilité à la pression sur les trois points caractéristiques du trimuscle avec participation de la branche motrice, paralysie de la corde tympanique. L'examen de l'oreille gauche montre que le tympan est intact et que la caisse est saine ainsi que le conduit. La montre n'est pas perçue par l'oreille, même quand elle est appuyée contre la conque. Voix chuchotée à gauche 0. Perception crânienne 0.

Il s'agit donc d'une paralysie périphérique multiple occasionnée par le froid. Il est difficile d'incriminer la syphilis comme cause fondamentale, malgré une amélioration très prononcée après usage d'une solution faible d'iodure de potassium. Sept mois après le début de l'affection, le malade était guéri de tous les troubles, excepté de ceux dépendant de l'affection de l'acoustique. En terminant, l'auteur dit qu'il résulte de cette observation « que la lésion de l'acoustique est généralement plus grave que celle des autres nerfs crâniens et qu'elle peut devenir irréparable en peu de semaines ».

LAUTMANN.

Sur le pouvoir auditif des sourds-muets, par BRÜHL (*Deutsche Ärzte Zeitung*, 1903, n° 46).

La surdité complète, absolue, est rare. Chez les sourds-muets, il existe parfois un reste d'audition qui peut être utilisé pour l'enseignement de la parole. Cette vérité, aujourd'hui banale, a été trouvée par le bénédictin Pedro de Ponce, en 1584, qui en a fait la base de son système de rééducation du langage par la parole à haute voix. En Allemagne, Heinike, en 1778, l'a suivi dans son système, tandis que, en France, l'abbé de l'Épée, à la même époque à peu près, enseigne aux sourds à se faire comprendre par des signes conventionnels. On sait comment le premier sys-

tème a été utilisé par Ward et surtout dernièrement par Urbantschitsch (1893) dans l'instruction des sourds-muets.

Après cette étude historique, Brühl rappelle la théorie sur la fonction de la membrane basilaire et les études de Bezold sur l'audition de la gamme continue des sons. Nous n'insistons pas, nous retenons seulement que, d'après Bezold, le reste auditif contenu entre les sons pour b^1 et g^2 , est indispensable pour entendre la parole humaine. Encore faut-il que la durée de la perception ne tombe pas au-dessous de 5 % de la durée normale.

En acceptant cette donnée théorique de Bezold comme point de départ, Brühl et le prof. Hartmann ont examiné cent seize sourds-muets d'une école de Berlin. Sur neuf sujets examinés, les résultats sont restés inutilisables. Sur les restants, 44,9 % étaient des sourds-muets nés, et 55,1 %, plus de la moitié, étaient devenus sourds-muets à la suite de maladies différentes (encéphaliques 32 %, rougeole, scarlatine 15 %, syphilis 7 %, etc.). Ce premier point montre combien on peut faire pour la prophylaxie.

Sur les cent sept étaient totalement sourds 44 %. Les auteurs, ayant fait leurs expériences un peu superficiellement, comme Brühl l'avoue, craignent avoir trouvé un résultat un peu au-dessus de la réalité. Le reste auditif était utilisable chez 33 %, c'est-à-dire sur les cent six sourds-muets, trente-cinq entendaient bien la sixte b^1-g^2 . Parmi les sourds muets de naissance, le pourcentage des « relativement » sourds était plus grand que chez les sourds-muets secondaires.

Brühl tire de ses expériences la conclusion pratique nécessaire. Il demande d'examiner tous les sourd-muets avec la gamme continue de sons et de séparer ceux qui ont la perception auditive pour la sixte b^1-g^2 , des autres. Chez les premiers, il faudra insister sur l'exercice de ce reste et il faudra leur enseigner le langage surtout par l'oreille.

Un tiers à peu près de tous les sourds-muets pourra profiter de cet enseignement qui, dans ses résultats quant à l'intelligibilité de la parole et au son de la voix, est supérieur à tous les autres. Le prof. Hartmann, dans un travail déjà analysé ici, a également insisté sur la nécessité de la séparation, des absolument sourds-muets et des autres qui ont conservé une parcelle d'audition.

LAUTMANN.

II. — NEZ

Un nouveau speculum du nez, par SEYFFERT (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 410, 1903).

Un speculum idéal devra remplir les conditions suivantes : le speculum n'occupera que la main gauche de l'opérateur ; il devra s'ouvrir aussi bien dans sa partie proximale, que dans la partie distale ; l'ouverture qu'il donne sera assez grande pour permettre l'introduction des instruments. Il doit permettre aux doigts de la main qui le tient, de prendre un point d'appui sur le menton ou la joue du malade, pour pouvoir diriger la tête de ce malade. Enfin, l'instrument doit être léger, pour pouvoir être manié librement.

A tous ces desiderata répond l'instrument inventé par Seyffert. Malgré la description et le dessin, il sera difficile d'apprécier cet instrument sans l'essayer. Il est construit par Windler, de Berlin.

LAUTMANN.

Les erreurs du septum, par BEANSON DOUGLAS (de New-York) (*The laryngoscope*, avril 1903).

Sous ce titre, l'auteur passe en revue un certain nombre de modifications qu'il a apportées dans sa pratique du traitement des déviations nasales. C'est ainsi qu'il a complètement abandonné les pinces-forceps destinées à couper le cartilage en un nombre plus ou moins variable de fragments.

Le point capital, selon lui, dans le traitement des déviations est la désinsertion de l'épine nasale. Sans cette précaution, l'épine agit comme un point d'appui qui s'oppose, d'une façon irrésistible, à l'étalement de la lame cartilagineuse.

Il rejette les incisions cruciales de Asch qu'il accuse d'être une cause de perforation de la cloison et qu'il remplace par deux incisions du cartilage, parallèles entre elles et à direction variable suivant la forme de la déviation.

Quant à la désinsertion de l'épine il la pratique soit par la voie sous-labiale, soit par la voie endo-nasale.

Ces différentes manœuvres sont faites sous anesthésie cœlénique.

Dans un travail, paru en juin dans ce journal nous avons pré-

conisé la désinsertion de l'épine nasale dans le traitement des déviations de la cloison cartilagineuse. Nous ignorions, à ce moment, la pratique du Dr Douglas, et nous sommes heureux de nous rencontrer avec notre confrère américain sur ce point. Mais nous croyons, contrairement à lui, que l'adjonction des incisions cruciales de Asch permet, bien mieux que deux incisions parallèles, le redressement du cartilage quadrangulaire. Nous ne les avons vus que tout à fait exceptionnellement si compliqués de perforation.

Enfin, nous joignons systématiquement à la désinsertion de l'épine, la désinsertion du vomer au ras du plancher nasal, ce qui permet une mobilisation en masse de la cloison déjà redressée vers le côté non obstrué, fait qui constitue un précieux adjuvant aux manœuvres précédentes.

M. CABOCHE.

Un nouveau procédé de rhinoplastie, par O.-B. DOUGLAS (*The Laryngoscope*, mai 1903, p. 343).

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui, depuis sept années, présentait une déformation du nez en « pied de marmite », consécutive à une chute de bicyclette. A l'examen, on constate que les deux os nasaux sont fortement séparés l'un de l'autre et qu'il existe une légère déviation du septum vers la gauche, sans que cependant, la respiration nasale fut gênée. Pensant que toute tentative de redressement de l'arête nasale, par un procédé agissant des fosses nasales vers l'extérieur, aurait pour résultat d'écarter encore l'un de l'autre les deux os nasaux, l'auteur imagine le procédé suivant :

Après avoir pris une empreinte en plâtre de la face, il fit construire, s'adaptant exactement sur cette empreinte, un cadre en argent s'appuyant sur le front, les joues et l'extrémité du nez ; puis, il ajouta une petite barre réunissant la portion du cadre en contact avec la pointe du nez à celle reposant sur le front et destinée à donner attache à des fils qui supporteraient l'arête dorsale. Ceci fait et sous anesthésie générale, l'auteur, au moyen d'une pince-forceps spéciale, détache chaque os nasal d'avec le maxillaire supérieur. Puis, travaillant dans les fosses nasales, il détache complètement la muqueuse du septum le long de l'arête du nez. Il perfore alors chaque os nasal, introduit dans chaque perforation de solides fils de soie et fait ressortir ces fils à travers la peau en un point situé au milieu de l'arête du nez. Il peut, grâce à ces fils, soulever les os nasaux et les parties molles, et lorsque la cor-

rection fut suffisante, la maintenir en attachant les fils à la barre parallèle à l'arête du nez.

L'appareil resta en place dix-sept jours. Le résultat fut satisfaisant.

H. CABOCHÉ.

Carie latente de l'os sphénoïdal compliquée avec paralysie de l'abducteur, etc. Traitement par le pharynx, ED. RICHTER (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 440, 1903).

Richter a eu occasion d'observer un cas de carie de l'os sphénoïdal et, à propos de son cas, il récapitule tout ce qu'on trouve dans les différents manuels sur la sinusite sphénoïdale. Voici d'abord son cas.

Une femme de 44 ans, souffre de la tête depuis un an et demi. La douleur siège à l'occiput et au front. Depuis sept semaines l'œil droit est douloureux, quelques semaines après il s'est tourné avec la pupille en dedans. En même temps, il existe des douleurs dans les deux oreilles, du vertige, un peu de dureté de l'oreille, des douleurs dans la région frontale et temporale gauches. À l'examen général on ne trouve rien d'anormal, la malade ne mangeant rien et souffrant beaucoup, est seulement dans un très mauvais état. L'examen rhino et pharyngoscopique est pour ainsi dire négatif. Mais au toucher on sent la paroi postéro-supérieure du pharynx qui est bosselée et, à droite de la ligne médiane, le doigt explorateur entre par une brèche dans une cavité. On a la sensation des masses fongueuses mélangées à des débris osseux.

Le sinus sphénoïdal était donc rempli d'une masse provenant d'une carie de l'os, la paroi antérieure et le septum étaient touchés par la carie. En explorant et en vidant le contenu de la cavité, R. ramène un séquestre de la grandeur d'un pois et une douzaine de séquestres plus petits. Le reste du nettoyage a été fait par voie endonasale avec une curette et par le cavum avec la curette de Trautmann. En continuant la description de sa technique R. dit textuellement qu'il a la conviction que le sinus sphénoïdal seul peut être attaqué le plus facilement par le cavum.

L'auteur dit que, dans la littérature, il n'existe que deux cas pareils au sien ; l'un est le cas de Rouge cité dans le livre de Grünwald, l'autre est le cas de Hoffmann, cité dans le livre de Schech.

Pour expliquer les différents symptômes relevés sur son cas, Reichert cite les livres de Schmidt, Zuckerkandl, Flatau, etc. Soit qu'on adopte la théorie de Ziem sur les relations entre les lymphatiques de l'œil et du nez, ou la théorie de Grünwald sur le rôle du

ganglion sphéno-palatin, ou les explications de Zukerkandl sur le voisinage anatomique du sinus sphénoïdal avec les différents nerfs et vaisseaux se rendant à l'œil et à ses muscles, les lésions que peut occasionner la sinusite sphénoïdale sont aujourd'hui parfaitement connues et le traitement de la sinusite sphénoïdale par le cavum restera exceptionnel.

LAUTMANN.

III. — LARYNX

Stridor laryngé congénital, par JAMES-E. NEWCOMB (New-York) (*Medical Record*, 25 juillet 1903, p. 127).

A propos de trois cas de stridor laryngé congénital qu'il a eu l'occasion d'observer, l'auteur passe en revue les diverses théories émises sur cette affection.

Il s'agit d'une affection rare, apparaissant dans les premiers jours ou le premier jour de la naissance ; surtout fréquent dans le sexe masculin. Dans 11 cas sur 18, Sutherland et Lack ont vu apparaître le trouble le premier jour de la naissance ; les auteurs pensent que rarement, il peut apparaître après la seconde semaine.

Il s'agit tantôt d'un stridor, d'un croassement, d'un gloussement. Le son inspiratoire est souvent le plus modifié. Le phénomène peut disparaître dans la respiration tranquille, mais reparait aussitôt que la respiration redevient ample ; il augmente avec les changements de température, le réveil brusque, les brusques changements de position, la toux, etc. Il continue pendant le sommeil quoique sans aggravation, et persiste sous le chloroforme.

Le stridor est surtout inspiratoire mais, dans un cas de Mendeyz, il existait aussi à la fin de l'expiration. Jamais il n'existe à aucun moment, de signes d'obstruction respiratoire ; pas de cyanose, pas de tirage.

En général, l'affection dure huit à neuf mois, rarement quelques années et guérit spontanément.

Nombreuses sont les théories imaginées pour expliquer les phénomènes observés, mais très rares les autopsies qui, seules, pourraient en éclaircir la pathogénie.

1° Il s'agit d'une augmentation de volume du corps thyroïde amenant des phénomènes de compression trachéale (Avelis).

L'auteur s'appuie sur un seul cas de Herzfeld, ne présentant

pas, d'ailleurs, les caractères du stridor véritable ; et, dans les cas de stridor vrai on n'a jamais constaté l'hypertrophie thyroïdienne.

2° Il s'agit de bandes cicatricielles dans la lumière du larynx.

Ces lésions, dans le premier âge, qu'elles soient syphilitiques ou diphthéritiques sont extrêmement rares ; d'un diagnostic presque impossible, et ne s'accompagnent pas, d'ailleurs, de stridor dont il est question.

3° Il s'agit d'une lésion cérébrale acquise causant une déformation laryngée (Stamm.) L'auteur base son opinion sur un cas et un trouble analogue au stridor survint chez un nouveau-né consécutivement à une chute ; il place le siège de la lésion dans le *calamus scriptorius* ;

4° Il s'agit d'un arrêt de développement des centres corticaux de la respiration, principalement du centre laryngé. Les autopsies, seules, permettraient de vérifier cette hypothèse ;

5° Il s'agit d'une paralysie des muscles dilatateurs du larynx (W. Robertson). La paralysie serait d'origine réflexe et aurait son point de départ dans une lésion du cavum rétro-pharyngien ou du pharynx. Semon attaque vigoureusement cette opinion ; pour lui, ce qu'on peut voir dans les conditions pathologiques dont parle Robertson, c'est un spasme inspiratoire des cordes vocales et non une paralysie ;

6° Il s'agit d'un spasme glottique ou subglottique et peut-être phrénique (Mac Bride). Ce serait une affection de même étiologie que la laryngite striduleuse ;

7° Il s'agirait d'une fermeture spasmodique des replis aryéno-épiglottiques causée par la présence de végétations adénoïdes du naso-pharynx (Eustace Smith).

Dans aucun cas observé par lui les végétations adénoïdes n'ont manqué et, dans un cas, leur ablation amena la guérison du stridor.

8° Il s'agit d'une *malformation de l'ouverture supérieure du larynx* (Lack).

Lack n'admet pas la théorie de Smith, car dans les cas cités par cet auteur, le stridor augmentait pendant le sommeil, cessait sous le chloroforme, augmentait par la fermeture de la bouche au moment de la prise des aliments et se compliquait de fréquentes attaques de suffocation, tous phénomènes communs dans les adénoïdes mais inconnus dans le stridor.

Pour lui, il s'agit d'une malformation caractérisée par une incurvation vers la cavité du larynx, de l'épiglotte et des replis aryéno-épiglottiques plus développés et plus mous que normale-

ment. A chaque inspiration les replis aryténo-épiglottiques seraient, en quelque sorte, aspirés par le courant d'air inspiratoire. Ce fait a pu être reproduit expérimentalement par Thompson. Avec la croissance les replis deviennent plus rigides et leur prolapsus vers la cavité laryngée cesse.

Des faits de cette nature ont été constatés soit sur le vivant, soit sur le cadavre par Rocaz, Lees, Sutherland et Lack, Refilund-Variot.

L'auteur se range à cette opinion et croit, en outre, à une sorte de faiblesse irritable du centre respiratoire se traduisant par un léger spasme clonique inspiratoire.

Le traitement consiste en l'administration de bromure, de strychnine et surtout en une médication générale tonique.

H. CABOCHE.

Deux cas de paralysie laryngée due à un anévrisme de l'aorte,
par HAL FOSTER (Nansas city) (*The Laryngoscope*, mai 1903).

Il s'agit de deux paralysies de la corde vocale gauche en position cadavérique liées à un anévrisme évident de la crosse de l'aorte. Morts subites.

H. CABOCHE.

Épingle dans le larynx. Ablation par un procédé nouveau. OTTO-G STEIN, Chicago (*The Laryngoscope*, mai 1903).

Il s'agit d'une épingle dont l'une des extrémités était fixée au milieu de la région inter-aryténoïdienne et l'autre vers l'extrémité antérieure de la bande ventriculaire droite. Les deux extrémités étaient recouvertes de fongosités, la partie médiane seule était visible sur un espace de quelques millimètres. Après avoir vainement essayé l'extraction avec les divers modèles de pinces existantes, l'auteur fit construire, sur le modèle des instruments de Schrötter, une sorte de crochet rentrant dans une canule laryngée. L'épingle, saisie par le crochet dans sa portion visible, était forcément pliée en deux au moment où le crochet rentrait dans sa canule. L'extraction se fit sans difficulté.

H. CABOCHE.

Remarques sur la pachydermie et les tuméfactions du larynx,
le Prof. ROSENBACH (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 9, 1903).

Le travail de Virchow sur la pachydermie du larynx, paru en 1887, a eu besoin de très peu de retouches malgré un nombre considérable de travaux qu'il a provoqués. Ainsi, par exemple, les

tumeurs pachydermiques peuvent se présenter ailleurs aussi que sur les apophyses vocales, sur le bord libre de la corde vocale, ou même sous la corde vocale.

Il y a une forme de la pachydermie qui a un intérêt tout spécial parce qu'elle peut donner le change avec une affection d'une nature différente. On voit parfois, le long des cordes vocales, des stries blanches épaisses ou des plaques formées par une hypertrophie de la couche papillaire et épidermoïde. Cette forme a été souvent méconnue et a été décrite sous le nom de « laryngite desquamative », par Stein. Dans ces cas, on trouve sur une des cordes ou sur les deux, une plaque dure, blanche comme neige, lisse ou ébréchée sur les bords. Cette plaque tend facilement à la desquamation et il se peut qu'on voit, au milieu d'une plaque, une partie dénudée de la corde sous-jacente en état de vive rougeur. Comme l'épidermisation se refait très vite, l'aspect peut se modifier en peu de temps.

Quand la pachydermie, au lieu d'envahir des parties plus ou moins larges du larynx, se localise sur une partie du larynx, elle peut aller jusqu'à la formation de vraies tumeurs. Ces tumeurs pachydermiques sont blanches et il faut les connaître pour ne pas les confondre avec le cancer du larynx, d'autant que précisément, dans les cas de ce genre, l'examen histologique reste en défaut, surtout quand on n'a pas examiné la base ou le pédicule de la tumeur. Dans quelques cas une tumeur papillomateuse du début peut dégénérer en cancer. Comme preuve à l'appui, R. cite *in extenso* l'observation d'un cas personnel.

Une femme de 63 ans a été opérée du papillome par Reichert. L'examen microscopique confirme le diagnostic clinique. Deux ans plus tard, après une apparente guérison, R. a occasion de voir cette malade. Il trouve, chez une femme d'une santé générale excellente, une tumeur blanchâtre, lisse, de la grosseur de « deux fèves » à peu près. Cette tumeur paraissait naître dans le ventricule gauche, couvrait la corde gauche en totalité et plongeait dans la glotte. R. enlève la tumeur en totalité par l'anse froide et il reconnaît que la corde vocale porte dans son milieu une petite tubérosité qui est la vraie racine de la tumeur. La tumeur examinée offre l'aspect histologique d'un cancer du larynx. La malade a été opérée par le Prof. Glück.

Rosenbach rappelle que les tumeurs blanches du larynx ont une mauvaise réputation parmi les laryngologistes. Son propre travail, et surtout l'observation que nous venons d'analyser, montre que cette réputation n'est pas trop surfaite. Ajoutons que ce tra-

vail est accompagné de quatre figures en chromo représentant les différentes formes de pachydermie.

LAUTMANN.

Traitement de la tuberculose du larynx, par INHOFFER, de Prague.
(*Prager med. Wochensch.*, n° 28, 1903).

Le pire que l'on puisse faire dans le traitement de la phthisie laryngée c'est de négliger le traitement local et de se fier au traitement général. Quoique l'on arrive à assister à la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses du larynx sans aucun traitement local, il est absolument condamnable de faire cette thérapeutique d'expectation. Bien entendu, le traitement général est de rigueur, mais on ne peut pas compter sur lui, à cause de son inefficacité dans beaucoup de cas et à cause de la difficulté de sa réalisation précisément dans les cas qui nous intéressent. Car la phthisie du larynx s'attaque plus souvent aux pauvres qu'aux riches. Peut-être pourrait-on essayer sur une plus grande échelle le traitement général par les injections intraveineuses de hétel d'après Landerer, qui, dans le traitement de la tuberculose laryngée, a donné de beaux résultats entre les mains de Krause.

Le traitement local, pratiqué par la plupart des spécialistes, est un traitement fait sans conviction. On emploie, en inhalations, en badigeonnages, en insufflations, les médicaments les plus variés. Abstraction faite du menthol aucun n'a pu justifier les louanges avec lesquels il a été introduit dans la pratique.

Le traitement rationnel de la tuberculose laryngée, est le traitement chirurgical par la combinaison du curettage et de l'acide lactique, traitement préconisé par Krause. La curette ne sert que pour enlever les infiltrations et transformer le tissu tuberculeux fermé en ulcération ouverte pour faciliter l'action de l'acide lactique sur le tissu malade. Bien entendu, par le curettage on enlève des tumeurs tuberculeuses obstruant le passage de l'air, mais alors la curette entre en concurrence avec la trachéotomie et a ses indications spéciales.

On a reproché à cette méthode son caractère trop radical, on a surtout reproché à Inhofer d'opérer des malades trop cachectiques. A cela on peut, au contraire, répondre que, par ce traitement, non seulement on ne cause aucun tort au malade, mais bien au contraire, à la suite de cette intervention, l'état général du tuberculeux s'améliore d'une façon remarquable. On n'a pas le droit d'exposer un malade au risque de mourir de faim ou de

suffocation par la crainte de faire des interventions héroïques chez ces malades.

Quant au reproche de la difficulté de l'intervention, il n'y a pas à nier que le curettage demande de la part de l'opérateur de l'exercice, de l'énergie, de la sûreté, mais, en somme, cette technique n'est pas la plus délicate dans la chirurgie endolaryngée. Quant à la technique spéciale l'auteur rappelle sa publication (dans la *Prag. med. Wochscr.*, n°s 40 et 41, 1900). En terminant, Inhofer demande que ce sujet soit mis plus souvent à l'ordre du jour des congrès internationaux.

LAUTMANN.

Sur la valeur de l'adrénaline en laryngologie, par G. FERRERI (*Arch. ital. di otologie*, etc., vol. XIV, fasc. 4, p. 493, août 1903).

De son expérience personnelle l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'adrénaline prédispose à l'hémorrhagie post-opératoire ;

2° Elle provoque parfois une réaction exagérée sur les muqueuses laryngée et nasale (hypérhémie, raucité, sécrétion abondante, phénomènes réflexes, etc.) ;

3° Elle modifie tellement les tissus qu'on ne saurait en conseiller l'usage dans les examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic.

M. BOULAY.

Pathologie et diagnostic de l'herpès du larynx (*Zur casuistik und diagnostic des herpes laryngis*), par SACHER (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1903, n° 7).

A l'occasion de deux cas d'herpès du larynx observés par lui, Sacher donne une étude approfondie de l'herpès du larynx. Comme il n'y a que 21 cas décrits dans la littérature, le travail mérite d'être analysé avec quelques détails, quoique, pour le dire tout de suite, on ne peut guère s'attendre à trouver des caractères qui distinguent l'herpès du larynx de l'herpès des autres muqueuses. Les deux cas de l'auteur, décrits avec soin, ne peuvent nous arrêter longtemps et nous arrivons au point capital de l'étude sur le diagnostic différentiel. Quand l'herpès du larynx s'accompagne de l'herpès sur d'autres régions, les troubles laryngés peuvent être ramenés à leur vraie cause. Mais quand le larynx est seul atteint l'hésitation est possible avant l'apparition des vésicules caractéristiques. Sacher, dans l'un de ses cas, a cru avoir affaire à une épiglottite

Quand les vésicules apparaissent, il faut distinguer l'affection de toutes les autres éruptions à vésicules. Il n'y en a pas beaucoup. En premier, on songe à la varicelle, ensuite au pemphigus. L'examen de la surface cutanée lève le doute avec varicelle, mais le pemphigus demande à être reconnu *in situ*, parce qu'on connaît des cas où le larynx a été le seul siège d'un pemphigus (M. Schmidt). Les vésicules du pemphigus sont plus grands, d'une durée tout à fait passagère comme vésicules. D'habitude, les vésicules sont macérées au moment de l'examen, la coque forme un lambeau flottant d'une blancheur caractéristique qui est bientôt éliminé et laisse la place à une ulcération qui guérit avec cicatrice. Enfin, il faut songer à l'herpès des fumeurs (pseudoherpès de M. Fischer). Puisque l'auteur parle encore d'un eczéma du pharynx et larynx, il faut savoir que, dans ce cas, « il y a des millions de vésicules ». Pour terminer, l'auteur cite aussi la *Milliaria cristallina*, qui n'occasionne pas de troubles et disparaît dans un à deux jours.

Quand le malade se présente au moment où les vésicules de l'herpès sont macérées, on peut être induit en erreur si l'on ne tient pas exactement compte de la configuration toute spéciale des parties macérées. On a confondu ces vésicules avec les plaques muqueuses de la syphilis, avec des ulcérations diphtéroïdes du croup, avec des ulcérations aphteuses, de la tuberculose.

En terminant, Sacher demande quelles sont les relations entre l'herpès et le zona. Enfin qu'elle est la cause de l'affection. Les auteurs accusent surtout des émotions et les refroidissements comme causes provocatrices, mais il paraît qu'il s'agit d'une vraie infection, la fièvre herpétique, assez connue des anciens médecins. Comme traitement, Sacher conseille d'employer contre la dysphagie la poudre suivante :

Amidon	0,3
Morphine }		
Cocaïne }	à 0,01 trois fois par jour.

En temps, on donne le salicylate à l'intérieur, on emploie la glace à l'extérieur, la dérivation sur l'intestin.

LAUTMANN.

NOUVELLES

VII^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE*Bordeaux, 1-4 août 1904.*

Les séances du Congrès auront lieu dans les locaux de la Faculté de médecine, mis gracieusement à la disposition des congressistes.

Un musée d'instruments, de pièces anatomiques et anatomo-pathologiques sera organisé pendant la durée du Congrès.

Le Comité bordelais a été organisé de la façon suivante :

Comité du musée : MM. GUÉMENT et LAFITTE-DUPONT.

Comité des logements : MM. CLAUÉ et DUPOND.

Comité des fêtes : MM. ARDENNE et BRAUNOLEIL.

Il est rappelé que les inscriptions comme membre du Congrès doivent être adressées au trésorier, D^r LARNOIS, rue Emile-Zola, 14, Lyon ; et que les titres des communications doivent être envoyés au Secrétaire général, D^r LERMOYEZ, 20 bis, rue La Boétie, Paris.

Notre éminent collaborateur, le D^r Henri LUC, de Paris, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le professeur ERMAN, de Gand, a été nommé chevalier de l'ordre de Léopold.

Il vient d'être créé à l'hôpital du Tondu, à Bordeaux, un service d'oto-rhino-laryngologie, placé sous la direction du D^r E. S. MOURN, chargé de cours à la Faculté de médecine de cette ville.

**Dates des réunions générales des Sociétés spéciales
à Londres en 1904.**

THE BRITISH LARYNGOLOGICAL, RHINOLOGICAL AND OTOLOGICAL ASSOCIATION :

29 janvier, 11 mars, 13 mai, 11 novembre. — 11, Chandos Street, Cavendish Square.

THE LARYNGOLOGICAL SOCIETY OF LONDON :

15 janvier, 5 février, 4 mars, 8 avril, 6 mai, 3 juin. — 20 Hanover Square.

THE OTOLOGICAL SOCIETY OF THE UNITED KINGDOM :

1^{er} février, 7 mars, 2 mai, 5 décembre. — 11 Chandos Street, Cavendish Square.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Estadística de las operaciones practicadas durante el curso de 1901 à 1902, par le Dr C. COMPAIRED (*Policlínica del Refugio*, Madrid, 1902).

Neurasthénie et pseudophobie d'origine intranasale, par le Dr C. COMPAIRED, Madrid. Imp. del asilo de Huerfanos del S. C. de Jesus, Calle de Juan Bravo, num. 5, 1903.

Weitere Untersuchungen über die Schalleitung im Schädel, par HUGO FREY (Extr. de *Zeitsch. f. Psych. und Physiol. der Sinnesorgane*, Leipzig, 1903. Johana Ambrosius Barth, éditeur).

L'odorat et ses troubles, par COLLET (*Actualités médicales*, J. B. Baillière et fils, éditeur, Paris, 1903).

Die Nebenhöhlen der Nase in ihren Lagebeziehungen zu den Nachbarorganen (15 planches en couleur), par Prof. G. KILLIAN, Iena, 1903, G. Fischer, éditeur.

Beiträge zur Kenntnis der Labyrinthanomalien bei angeborener Taubstummheit, par F. SIEBENMANN (Extrait du compte rendu de la Réunion des Naturalistes, à Bâle Fascicule XVI).

Ein Fall von Lungentuberculose mit retro-labyrinthärer Nevritis interstitialis beider Schnecken-nerven (und mit Persistenz von Resten embryonalen Bindegewebes in der scala tympani, par F. SIEBENMANN (Extrait de *Zeitsch. f. Ohrenh.*, Bergman, éditeur, Wiesbaden).

Katalog der Bibliothek der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, Berlin, 1904.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez du larynx, des bronches. (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Purifiée)

Medicament spécifique des MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 31, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE DUSSIÈRE.

